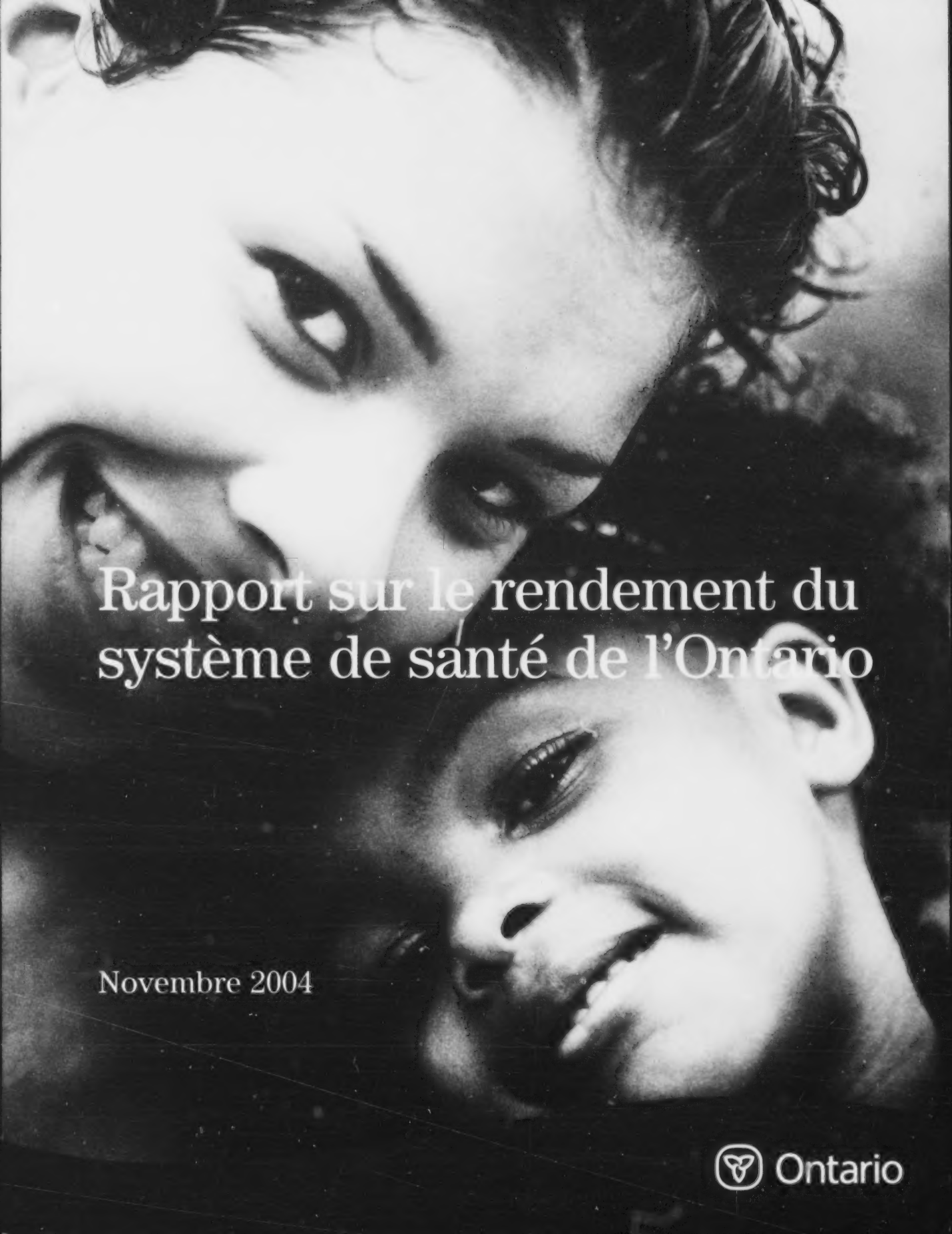


Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario

Novembre 2004

Ontario

105-06173/

L'engagement

En septembre 2000, le premier ministre du Canada et les premiers ministres des provinces et des territoires se sont engagés à publier régulièrement des rapports sur le rendement de nos systèmes de santé. Chaque province et chaque territoire ont convenu de préparer un rapport sur un certain nombre de mesures ou indicateurs communs afin qu'à long terme, toutes les compétences puissent comparer leur rendement et tirer un enseignement de leurs expériences respectives.

En 2002, l'Ontario a rendu public son premier rapport sur le rendement de son système de santé. Le présent rapport est le second à être publié dans le cadre de cet engagement[1].

[1] La plupart des indicateurs du présent rapport sont fondés sur des données fournies au ministère par Statistique Canada, Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le gouvernement fédéral, les gouvernements des autres provinces et ceux des territoires utilisent également ces sources de données pour préparer leurs rapports. Les autres indicateurs sont basés sur les données produites ou obtenues directement par le ministère. Ce dernier reconnaît que des efforts sont déployés en permanence pour assurer l'exactitude de toutes les données présentées.

Les limites des données et les caractéristiques de tous les indicateurs sont disponibles sur le site www.icis.ca/indicateurs-comparables ou www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm

Message du ministre de la Santé et des Soins de longue durée

En septembre 2000, le premier ministre du Canada et les premiers ministres provinciaux et territoriaux se sont engagés à produire régulièrement des rapports publics sur le rendement de notre système de santé. Leur engagement a été renouvelé en 2002 et en 2004. Ces rapports s'inscrivent dans l'action concertée de l'ensemble des provinces et des territoires en vue de réformer le système de santé pour les Canadiens et les Canadiennes.

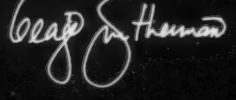
L'Ontario a dévoilé son premier rapport en 2002. J'ai le plaisir de vous présenter le second. Celui-ci décrit le rendement du système de santé au cours des dernières années et nous aide à déterminer quels services contribuent à faire avancer la santé des Ontariens et des Ontariennes et lesquels il convient d'améliorer. Certes nous sommes heureux de constater que nous faisons des progrès mais il reste beaucoup à faire, nous le savons bien.

L'Ontario traverse actuellement une période extraordinaire dans le domaine des soins de santé. Nous avons établi une vision audacieuse de la santé publique dans notre province : une population en meilleure santé dans un Ontario plus sain. Et nous avons en place un plan d'action qui nous permettra de concrétiser cette vision d'ici 2007.

Au cours des trois prochaines années, nous allons poursuivre notre importante mission : préserver la santé et soigner les malades. Nous sommes déterminés à améliorer le système de santé, pour vous et pour vos familles, afin qu'il produise, comme il se doit, des résultats de qualité.

Nous continuerons à vous présenter des rapports de rendement. Les prochains démontreront les effets positifs de notre démarche sur la santé des Ontariens et des Ontariennes.

Le ministre,



George Smitherman

Le 30 novembre 2004

Responsabilité de la direction concernant le Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario

La responsabilité de l'intégrité du *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario* (le « Rapport ») incombe au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. La responsabilité du ministère comprend le maintien des systèmes et des contrôles visant à faire en sorte que les données soient objectives, complètes et précises, conformément aux normes en matière d'établissement de rapports approuvées par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Les indicateurs de la santé figurant dans le Rapport sont conformes au *Plan d'élaboration des rapports sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé en novembre 2004*, approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. Dans la préparation du Rapport, le ministère s'est fondé sur des données fournies par des tierces parties ou obtenues auprès d'elles, tel qu'indiqué dans le texte. La responsabilité du ministère concernant les données fournies par des tiers se limite à la confiance raisonnable qu'elles sont exemptes d'inexactitudes importantes. En ce qui concerne les données produites et présentées par le ministère, celui-ci est tenu d'assurer leur qualité et il a en place les procédés et les systèmes nécessaires à cette fin. Cependant, la qualité des données relatives aux indicateurs de la santé est continuellement améliorée.

Le vérificateur provincial intérimaire de l'Ontario a rédigé un rapport sur les résultats obtenus après avoir appliqué des procédés de vérification particuliers au Rapport. Vous trouverez ce rapport à la suite de la présente.

La sous-ministre intérimaire,

Marg Rappolt

Le 30 novembre 2004

À l'attention du ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Comme convenue le 11 juillet 2004, en vertu de l'article 17 de la *Loi sur la vérification des comptes publics*, j'ai appliqué les procédés suivants au *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario* (*le « Rapport »*) daté de novembre 2004 :

1. J'ai vérifié que les indicateurs de santé déclarés pour l'Ontario, qui découlaient des renseignements obtenus d'une source indépendante, comme Statistique Canada ou l'Institut canadien d'information sur la santé, correspondaient aux sources citées.
2. J'ai examiné la documentation des sources pour les indicateurs provenant de sources du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et vérifié si les résultats déclarés coïncidaient avec ces sources.
3. J'ai vérifié que les calculs visant à convertir les renseignements des sources en résultats finaux dans le Rapport avaient été faits de façon appropriée.
4. J'ai vérifié que les indicateurs de santé ont été présentés conformément aux exigences définies dans le *Plan d'élaboration des rapports sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé en novembre 2004*.

Ayant appliqué les procédés ci-dessus, je n'ai trouvé aucune exception. Cependant, cela ne constitue pas une vérification et, par conséquent, je n'exprime aucune opinion à propos du *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario* ou de l'exactitude des indicateurs qui y figurent.

Ce rapport constitue une importante initiative de responsabilisation pour l'Ontario et je suis encouragé, non seulement de voir le travail entrepris par le ministère à cet égard mais, aussi de constater que ce dernier améliore ses procédés en vue d'assurer l'exactitude des données. L'exactitude des données conduit à une meilleure prise de décisions et à un renforcement de la responsabilité, et peut hausser le niveau d'assurance que mon bureau sera en mesure de fournir à l'avenir.

Le vérificateur provincial intérimaire,

J.R. McCarter, CA
Toronto (Ontario)

Le 30 novembre 2004

Introduction

Le gouvernement de l'Ontario a présenté une vision simple mais audacieuse du système de santé provincial : une population en meilleure santé dans un Ontario plus sain.

Pour concrétiser cette vision, le gouvernement élabore actuellement un plan quadriennal détaillé qui vise à améliorer, dans l'ensemble de l'Ontario, la qualité des services de santé financés par le trésor public :

- en réduisant les temps d'attente;
- en recentrant les services sur les besoins des patients;
- en augmentant les effectifs médicaux et infirmiers;
- en assurant une meilleure reddition de comptes au public et en produisant les résultats essentiels en matière de qualité et les rapports pertinents à cet égard.

Afin d'améliorer la qualité et le rendement de nos services de santé, il nous faut brosser un tableau juste de l'état actuel du système de santé. Quels services contribuent à faire progresser la santé de la population ontarienne? Lesquels faut-il améliorer?

Le présent rapport décrit les progrès que nous avons accomplis dans cinq domaines clés :

1. la préservation et l'amélioration de la santé de la population;
2. l'accès des Ontariens et des Ontariennes aux services de santé dont ils ont besoin;
3. la satisfaction des patients;
4. la prévention des maladies;
5. la promotion de choix sains auprès de la population ontarienne.

Table des matières

3 1. Comment les Ontariens et les Ontariennes se portent-ils?

3 1.1 Vivent-ils plus longtemps?
4 1.2 Vivent-ils plus longtemps et en meilleure santé?
6 1.3 Que pensent-ils de leur état de santé?

9 2. Les Ontariens et les Ontariennes reçoivent-ils les soins dont ils ont besoin?

9 2.1 Ont-ils un accès facile aux services de soins primaires?
13 2.2 Ont-ils un accès facile aux services de soins communautaires?
13 2.2.1 Utilisent-ils les services de soins à domicile?
15 2.2.2 Utilisent-ils les services de soins ambulatoires?
17 2.2.3 Le coût des médicaments prescrits influence-t-il l'accès à ces médicaments pour les Ontariens et les Ontariennes?
19 2.3 Combien de temps attendent-ils pour recevoir des services de soins de santé spécialisés?
19 2.3.1 Combien de temps attendent-ils pour subir un pontage aortocoronarien?
21 2.3.2 Combien de temps attendent-ils la radiothérapie en cas de cancer du sein ou de la prostate?
24 2.3.3 Combien de temps attendent-ils pour recevoir des services diagnostiques?

27 3. Les Ontariens et les Ontariennes sont-ils satisfaits des soins qu'ils reçoivent?

27 3.1 Sont-ils satisfaits de l'ensemble des soins qu'ils reçoivent?
28 3.2 Sont-ils satisfaits des soins communautaires?
29 3.3 Sont-ils satisfaits des services téléphoniques de santé?
29 3.4 Sont-ils satisfaits des soins hospitaliers?
29 3.5 Sont-ils satisfaits des soins de médecins?

33 4. L'Ontario fait-il des progrès dans la prévention des affections qui peuvent être mortelles?

33 4.1 Le faible poids à la naissance
36 4.2 La maladie cardiovasculaire
38 4.3 L'accident vasculaire cérébral
39 4.4 Le diabète
42 4.5 L'obésité
44 4.6 La grippe

47 5. Les Ontariens et les Ontariennes prennent-ils davantage leur santé en main?

47 5.1 L'activité physique
49 5.2 L'usage du tabac

51 Conclusion

52 Remerciements

1. Comment les Ontariens et les Ontariennes se portent-ils?

Les gens qui vivent en Ontario sont-ils en bonne santé? L'un des meilleurs moyens de mesurer la santé d'une population consiste à examiner :

- combien d'années les gens vivent (l'espérance de vie);
- l'état de santé des gens tout au long de leur vie (la qualité de vie);
- ce que les gens pensent de leur santé (leur perception de leur état de santé ou l'état de santé autodéclaré).

Ce type de renseignements nous indique si les Ontariens et les Ontariennes jouissent d'une meilleure santé. Il nous donne également une idée générale de la capacité du système à promouvoir la santé, à prévenir et à traiter les maladies et à procurer le soutien nécessaire aux personnes ayant une invalidité de longue durée. Les personnes en bonne santé qui ont accès à des soins et à des services de soutien de grande qualité sont susceptibles de vivre plus longtemps et en meilleure santé.

1.1 Vivent-ils plus longtemps?

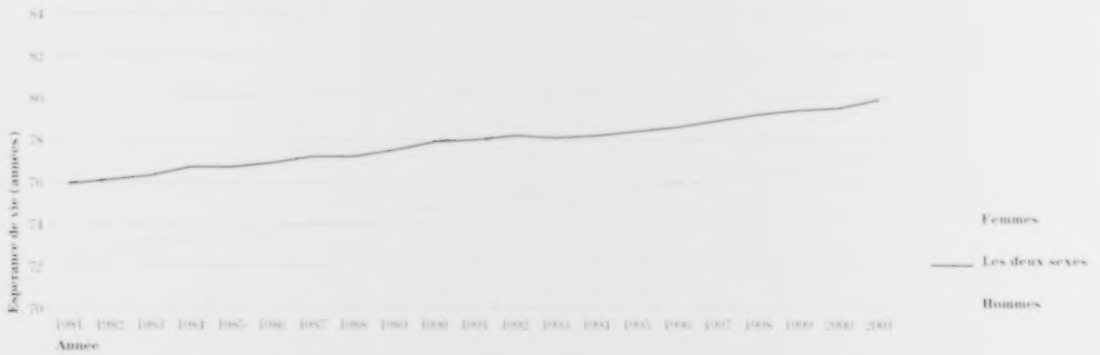
Tour d'horizon

L'espérance de vie – définie par le nombre moyen d'années que les gens peuvent s'attendre à vivre – est l'un des paramètres les plus couramment utilisés pour mesurer la santé d'une population.

Tendances de l'espérance de vie

Au cours des 20 dernières années, l'espérance de vie en Ontario a augmenté de quatre ans. Par exemple, les Ontariens et les Ontariennes nés en 1981 peuvent espérer vivre en moyenne 76 ans, tandis que ceux nés en 2001 peuvent espérer vivre presque 80 ans en moyenne. En Ontario, ainsi que dans la plupart des pays développés, les femmes ont une espérance de vie moyenne plus élevée que les hommes : 82 ans pour les femmes nées en 2001 comparativement à 77 ans pour les hommes.

Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Ontario - de 1981 à 2001



Source : *Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances et sur les décès, et Division de la démographie.*

Facteurs influençant l'espérance de vie

Pourquoi les Ontariens et les Ontariennes vivent-ils plus longtemps? L'amélioration de l'espérance de vie pourrait être le résultat d'un certain nombre de facteurs, notamment :

- aujourd'hui plus qu'hier, les gens prennent leur santé en main et font des choix plus sains (p. ex., ils mangent mieux et font plus d'activité physique);
- les stratégies de santé de la population qui aident à prévenir la maladie et contribuent à des collectivités en meilleure santé (p. ex., les programmes d'immunisation, la qualité de l'air et de l'eau, la législation qui réduit l'exposition à la fumée secondaire);
- les soins de santé de meilleure qualité et les avancées de la technologie médicale;
- les grands déterminants sociaux de la santé, comme le revenu et l'éducation (p. ex., les personnes à revenu plus élevé et plus instruites tendent à être en meilleure santé et à vivre plus longtemps).

1.2 Vivent-ils plus longtemps et en meilleure santé?

Tour d'horizon

Les Ontariens et les Ontariennes vivent peut-être plus longtemps, mais jouissent-ils d'une bonne santé pendant toutes ces années?

En 2001, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a commencé à utiliser une mesure appelée « espérance de vie ajustée en fonction de la santé » (EVAS). L'EVAS estime le nombre d'années que les gens peuvent espérer vivre en parfaite santé en examinant leurs fonctions physiologiques ou psychologiques et leur capacité à participer aux activités quotidiennes[1]. Cette mesure aide à donner une image plus précise de la qualité de vie des Ontariens et des Ontariennes.

L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé

Le diagramme suivant compare, au sein de la population ontarienne, l'espérance de vie et l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé. Si les hommes nés en 2001 peuvent espérer vivre environ 77 ans, ils ne vivront qu'environ 68 ans en parfaite santé : ils peuvent s'attendre à éprouver des problèmes de santé pendant 9 ans. La même tendance se confirme chez les femmes : elles peuvent espérer vivre environ 82 ans, mais elles ne passeront que 70 de ces années sans maladie ou sans invalidité[2]. À long terme, l'objectif de l'Ontario est de combler l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé, de façon à permettre aux Ontariens et aux Ontariennes de vivre une plus grande partie de leur vie en bonne santé.

Facteurs influençant l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé

L'augmentation de l'espérance de vie et les changements qui ont modifié l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé peuvent être le résultat de la diminution du nombre de décès causés par des maladies telles que le cancer et la cardiopathie ischémique. Une réduction des décès attribuables à ces maladies fera augmenter les hospitalisations pour d'autres affections[3]. Cependant, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques dépendra de leur accès à un éventail de services de soutien communautaire plus ou moins organisés, par exemple les soins à domicile, le transport adapté, les appareils et accessoires fonctionnels et l'occasion de jouer un rôle actif au sein de leur famille et de leur collectivité.

D.G. Manuel et S.E. Schultz, *Adding Years to Life and Life to Years: Life and Health Expectancy in Ontario*, Institut de recherche en services de santé, 2001, p. 2.

[2] Étant donné que 2001 est la première année où l'Ontario a pu accéder aux données concernant l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS), il n'est pas possible de débattre des tendances de l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé ou de faire des comparaisons par rapport aux années précédentes.

[3] D.G. Manuel et S.E. Schultz, *Adding Years to Life and Life to Years: Life and Health Expectancy in Ontario*, Institut de recherche en services de santé, 2001, pp. 5-6.

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) et espérance de vie (EV) à la naissance pour la population totale, hommes et femmes, Ontario - 2001

Source : *Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances et sur les décès, et Division de la démographie, Recensement de 2001, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2001.*

L'incidence du revenu sur la santé

Un certain nombre de facteurs culturels, sociaux et économiques extérieurs au système de santé (appelés déterminants de la santé) peuvent avoir une incidence profonde sur la durée et la qualité de notre vie. Les Canadiens et les Canadiennes à faible revenu ont tendance à être en moins bonne santé. Les personnes qui ont des moyens financiers suffisants peuvent s'offrir des aliments sains, un logement adéquat et les autres éléments essentiels d'une vie saine[3]. Comme l'illustre le diagramme suivant, l'espérance de vie et l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) augmentent en proportion du revenu.

Pour les Ontariens dans le tercile inférieur ou ayant le niveau de revenu le plus faible, l'espérance de vie est de 75,5 ans et l'EVAS est de 65,5 ans. Pour ceux du tercile supérieur ou ayant le niveau de revenu le plus élevé, l'espérance de vie est meilleure (78,7 ans) et l'EVAS aussi (70,6 ans). Les Ontariens qui ont un revenu plus élevé vivent environ trois années de plus et, chose peut-être plus importante encore, ils vivent au-delà de cinq années de plus en meilleure santé.

Pour les Ontariennes, la tendance est sensiblement la même. Les femmes à faible revenu peuvent s'attendre à vivre environ 81,5 ans et 68 ans en bonne santé; celles ayant le revenu le plus élevé peuvent espérer vivre environ 0,9 an de plus (jusqu'à l'âge de 82,4 ans) et jouir d'une bonne santé pendant 4 années de plus. Le revenu ne semble pas changer la donne autant pour les femmes que pour les hommes; la cause de ce phénomène n'a pas été cernée clairement et il faudrait pour cela une étude plus approfondie.

Au Canada, l'écart entre l'état de santé des riches et celui des pauvres est considérablement plus étroit que dans d'autres pays, notamment aux États-Unis[4]. Cela tient probablement au système d'éducation et aux services sociaux et de santé financés par l'État dont nous jouissons au Canada et qui sont de grande qualité et accessibles même aux plus déshérités de notre société.

Institut canadien d'information sur la santé, Initiative sur la santé de la population canadienne. *Améliorer la santé des Canadiens*, 2004, p. 24.

J.R. Dunn, *Are Widening Income Inequalities Making Canada Less Healthy?* Dans Health Determinants Partnership, Toronto, 2002, pp. i-iv.

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) et espérance de vie (EV) à la naissance pour la population totale, hommes et femmes, Ontario – 2001

Source : *Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances et sur les décès, et Division de la démographie, Recensement de 2001, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2001.*

L'incidence du revenu sur la santé

Un certain nombre de facteurs culturels, sociaux et économiques extérieurs au système de santé (appelés déterminants de la santé) peuvent avoir une incidence profonde sur la durée et la qualité de notre vie. Les Canadiens et les Canadiennes à faible revenu ont tendance à être en moins bonne santé. Les personnes qui ont des moyens financiers suffisants peuvent s'offrir des aliments sains, un logement adéquat et les autres éléments essentiels d'une vie saine[5]. Comme l'illustre le diagramme suivant, l'espérance de vie et l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) augmentent en proportion du revenu.

Pour les Ontariens dans le tercile inférieur ou ayant le niveau de revenu le plus faible, l'espérance de vie est de 75,5 ans et l'EVAS est de 65,5 ans. Pour ceux du tercile supérieur ou ayant le niveau de revenu le plus élevé, l'espérance de vie est meilleure (78,7 ans) et l'EVAS aussi (70,6 ans). Les Ontariens qui ont un revenu plus élevé vivent environ trois années de plus et, chose peut-être plus importante encore, ils vivent au-delà de cinq années de plus en meilleure santé.

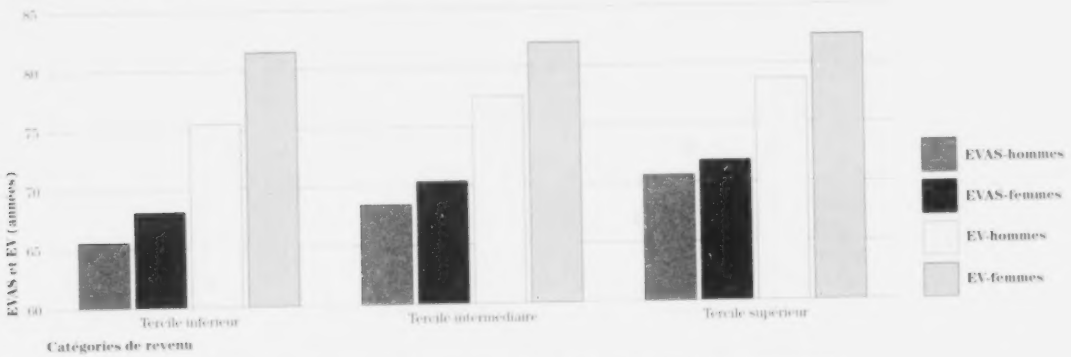
Pour les Ontariennes, la tendance est sensiblement la même. Les femmes à faible revenu peuvent s'attendre à vivre environ 81,5 ans et 68 ans en bonne santé; celles ayant le revenu le plus élevé peuvent espérer vivre environ 0,9 an de plus (jusqu'à l'âge de 82,4 ans) et jouir d'une bonne santé pendant 4 années de plus. Le revenu ne semble pas changer la donne autant pour les femmes que pour les hommes; la cause de ce phénomène n'a pas été cernée clairement et il faudrait pour cela une étude plus approfondie.

Au Canada, l'écart entre l'état de santé des riches et celui des pauvres est considérablement plus étroit que dans d'autres pays, notamment aux États-Unis[6]. Cela tient probablement au système d'éducation et aux services sociaux et de santé financés par l'État dont nous jouissons au Canada et qui sont de grande qualité et accessibles même aux plus déshérités de notre société.

Institut canadien d'information sur la santé. Initiative sur la santé de la population canadienne. *Améliorer la santé des Canadiens*, 2004, p. 24.

J.R. Dunn, *Are Widening Income Inequalities Making Canada Less Healthy?* Data Health Determinants Partnership, Toronto, 2002, pp. i-iv.

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) et espérance de vie (EV) à la naissance, selon la catégorie de revenu, hommes et femmes, Ontario - 2001



Source : *Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances et sur les décès, et Division de la démographie, Recensement de 2001, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2001.*

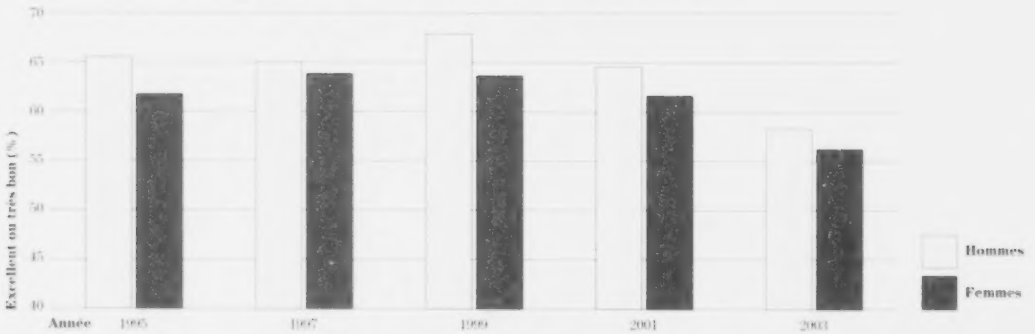
1.3 Que pensent-ils de leur état de santé?

Tour d'horizon

Les Ontariens et les Ontariennes vivent plus longtemps et vivent le plus clair de leur vie en bonne santé, mais s'estiment-ils en bonne santé? Pour comprendre ce que les Ontariens et les Ontariennes pensent de leur état de santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée utilise une mesure appelée « état de santé autodéclaré ». Cette mesure comporte souvent des éléments que d'autres mesures n'ont pas, comme les ressources dont disposent les gens pour mieux préserver leur bien-être, la gravité de leur maladie, leur réserve psychologique et leurs fonctions sociale et mentale.

Afin de saisir l'information sur l'état de santé autodéclaré, un segment de la population a participé à une enquête au cours de laquelle il lui a été demandé d'évaluer son état de santé sur une échelle de cinq degrés : médiocre, moyen, bon, très bon et excellent. En 2003, 57,2 % de l'ensemble des sujets ayant participé à l'enquête menée en Ontario se sont dits en excellente ou en très bonne santé. Entre 1999 et 2003, le pourcentage d'hommes estimant leur état de santé excellent ou très bon est passé de 67,9 % à 58,3 %. Entre 1999 et 2003, le pourcentage de femmes s'estimant en excellente ou en très bonne santé a diminué également, passant de 63,6 % à 56,2 %.

État de santé autodéclaré - personnes de 12 ans et plus, Ontario - de 1995 à 2003



Source : *Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 et 2000-2001, Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 à 1998-1999.*

Facteurs influençant l'état de santé autodéclaré

L'état de santé autodéclaré dépend de l'expérience de la personne face à la maladie. Il est également influencé par les grands facteurs tels que le revenu et le statut social. Par exemple, les gens qui ont une bonne éducation, un bon emploi et un revenu confortable ont davantage tendance à s'estimer en bonne santé.

Quelles mesures sont prises à l'intérieur du système de santé pour aider à améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie?

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée reconnaît que la qualité et la disponibilité des services de santé se répercutent sur l'espérance de vie et la qualité de vie. Le système de santé utilise trois stratégies qui devraient permettre d'obtenir « une population en meilleure santé dans un Ontario plus sain » :

- assurer un accès universel au traitement et aux services de soutien qui aideront à accroître l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes frappées par la maladie ou une invalidité;
- améliorer la qualité du traitement et des services de soutien;
- promouvoir la santé et prévenir la maladie pour que les Ontariens et les Ontariennes vivent plus longtemps et en meilleure santé.

Le ministère est également conscient des répercussions des grands déterminants de la santé sur la durée de vie et la qualité de vie des Ontariens et des Ontariennes, et il travaille avec différents ministères et services pour promouvoir la santé en Ontario.

RUTH
WILSON
MEDICAL CENTER

2. Les Ontariens et les Ontariennes reçoivent-ils les soins dont ils ont besoin?

Les Ontariens et les Ontariennes reçoivent-ils les services dont ils ont besoin et au moment voulu? Depuis quelques années, les gens s'inquiètent de plus en plus de la capacité du système de santé à répondre à leurs besoins. Selon une enquête nationale menée en 2004, deux tiers des familles canadiennes ont attendu plus longtemps qu'ils ne doivent, à leur avis, pour obtenir des services médicaux[7].

Le gouvernement de l'Ontario est résolu à améliorer l'accès aux soins et à abréger les temps d'attente pour l'obtention des services de santé essentiels[8]. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée surveille continuellement la capacité des Ontariens et des Ontariennes à obtenir les services de santé essentiels, notamment les soins primaires, les soins communautaires et certains services essentiels de traitement et de diagnostic. Le présent rapport décrit la situation actuelle, certains facteurs influençant la capacité à obtenir des services de santé, ainsi que les mesures que l'Ontario prend pour améliorer l'accès à ces services.

2.1 Ont-ils un accès facile aux services de soins primaires?

Tour d'horizon

Les soins de santé primaires sont dispensés par des médecins de famille, des infirmiers praticiens et des infirmières praticiennes, ainsi que d'autres fournisseurs de soins de santé qui aident les gens à rester en bonne santé et à prévenir les urgences médicales. Ils constituent souvent le premier point de repère des Ontariens et des Ontariennes dans le système de santé. Les services de soins primaires englobent :

- les renseignements et les conseils en matière de santé;
- les examens médicaux annuels et les bilans de santé;
- les soins de routine pour une maladie ou une affection chronique (p. ex., hypertension, diabète, asthme);
- les soins immédiats pour maladies et lésions mineures;
- les soins de soutien et de réadaptation après une lésion ou une chirurgie.

[7] Services-conseils en affaires IBM, *Health Insider*, enquête n° 11, 2004, p. 30.
[8] Gouvernement de l'Ontario, Budget de l'Ontario, 2004.

Lorsque les Ontariens et les Ontariennes ont un accès facile aux services de soins primaires et de routine qui les aident à prendre leur santé en main, ils sont moins portés à utiliser les services de santé plus coûteux et le système s'en porte mieux ainsi. Par exemple :

- les personnes qui ont un accès facile à des renseignements justes sur la santé sont plus susceptibles de faire des choix sains. Elles sont également mieux en mesure de s'occuper elles-mêmes de leurs problèmes de santé mineurs et de promouvoir leur santé personnelle;
- les personnes qui bénéficient d'examens réguliers et de soins de suivi pour leurs problèmes de santé s'exposent moins à de graves problèmes de santé;
- les personnes qui consultent un médecin de famille pour le traitement de maladies ou lésions mineures n'ont pas à recourir aux services des urgences des hôpitaux pour se faire soigner. Les responsables de ces services peuvent ainsi se concentrer sur leur spécialité : aider les personnes qui ont des problèmes de santé plus urgents et plus complexes.

Difficulté d'accès aux services de soins primaires

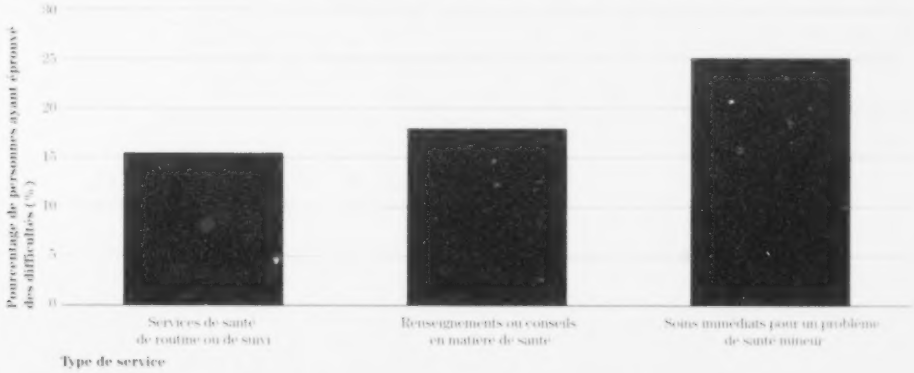
Dans l'Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS) menée en 2003, Statistique Canada a recueilli auprès des Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus des renseignements sur leur expérience de l'accès aux services de soins primaires au cours des 12 derniers mois, afin de savoir notamment s'ils avaient eu de la difficulté à obtenir les services suivants :

- renseignements et conseils en matière de santé pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille;
- soins de routine d'un médecin de famille ou d'un généraliste tels qu'examens annuels, analyses de sang ou soins de routine pour le traitement d'une maladie;
- soins immédiats pour problèmes de santé ou lésions mineurs (ne constituant pas un danger de mort) tels que fièvre, vomissements, maux de tête importants, foulures de la cheville, brûlures légères et coupures[5].

Comme l'illustre le diagramme suivant, certains services de soins primaires sont plus accessibles que d'autres. Les Ontariens et les Ontariennes ont eu moins de difficulté à obtenir des soins de routine ou de suivi ou des renseignements en matière de santé qu'à obtenir des soins immédiats pour des maladies ou lésions mineures. En 2003, la proportion d'Ontariens et d'Ontariennes ayant signalé de la difficulté à accéder aux soins de routine ou de suivi était de 15,4 %, de la difficulté à accéder à des renseignements en matière de santé pour eux-mêmes ou un membre de leur famille, de 17,9 %, et de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé ou une lésion mineur, de 25,1 %. Ces indicateurs étant basés sur les perceptions des patients (renseignements autodéclarés), les résultats peuvent varier selon le temps d'attente que les gens estiment normal pour recevoir des soins.

[5] Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, juin 2004, p. 8.

Difficulté à obtenir des services de santé, selon le type de service, Ontario
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus ayant besoin de services de santé - 2003



Source : *Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé 2003.*

Facteurs influençant l'accès aux soins primaires

Renseignements et conseils en matière de santé. De plus en plus d'Ontariens et d'Ontariennes prennent leur santé en main et demandent des réponses à leurs questions et à leurs préoccupations sur ce sujet. Selon une enquête menée à l'échelle nationale en 2003, les renseignements demandés par le public concernent souvent une maladie ou une affection particulière, le régime alimentaire et la nutrition, la santé en général et la santé des femmes[10], et les renseignements leur viennent de sources nombreuses telles que médecins et professionnels de la santé, sites Web, livres, bulletins et lignes téléphoniques de soutien pour la santé.

Les répondants qui ont participé à l'EASS ont cité un certain nombre de facteurs restreignant leur capacité à obtenir des renseignements sur la santé, notamment :

- leur difficulté à joindre un médecin, un infirmier ou une infirmière;
- le fait de devoir attendre trop longtemps pour parler à quelqu'un;
- l'obtention de renseignements ou de conseils inadéquats[11].

La difficulté des répondants à obtenir des renseignements sur la santé pourrait être due à un effectif insuffisant de professionnels de la santé ou au fait qu'ils ne savent pas très bien comment accéder à certains services de santé. Peut-être encore ont-ils parfois un accès limité à Internet ou ne savent-ils pas très bien comment s'en servir pour obtenir des renseignements ou des conseils valables sur la santé.

Soins de routine / soins immédiats. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi ils avaient de la difficulté à obtenir des soins de routine ou immédiats, les répondants de l'EASS ont cité quatre grands obstacles :

- la difficulté à obtenir un rendez-vous;
- les longues périodes d'attente précédant les rendez-vous;
- la difficulté à joindre les médecins;
- l'attente trop longue en salle d'attente[12].

[10] Services-conseils en affaires IBM, *Health Insider*, enquête n° 9, 2003, p. 42.
[11] Gouvernement du Canada, Statistique Canada, Accès aux services de soins de santé au Canada, juin 2004, p. 16.
[12] Ibid, p. 13.

La difficulté des répondants à obtenir des soins de routine et immédiats pourrait être causée par un certain nombre de facteurs, notamment la pénurie de médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé dans certaines régions de la province ou l'accès limité aux services de soins primaires à certaines périodes de la journée (p. ex., les heures d'ouverture des cliniques ne répondent peut-être pas aux besoins des patients). Dans d'autres cas, les gens ne savent peut-être pas où s'adresser pour obtenir les soins qu'il leur faut. Par exemple, beaucoup se rendent dans les services des urgences des hôpitaux pour des maladies et des lésions mineures et doivent attendre pendant qu'on soigne les personnes présentant des problèmes de santé plus urgents ou constituant un danger de mort.

Quelles mesures l'Ontario prend-il pour améliorer l'accès aux services de soins primaires?
Améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires est une priorité en Ontario. Le gouvernement a pris un certain nombre de mesures qui permettront aux Ontariens et aux Ontariennes d'obtenir plus facilement les renseignements et les soins dont ils ont besoin, notamment :

- **Augmenter l'effectif de fournisseurs de soins de santé :**
  - en doublant les possibilités d'évaluation et de formation pour les médecins formés et diplômés à l'étranger afin qu'ils puissent satisfaire aux exigences régissant l'exercice de leur profession en Ontario;
  - en finançant les programmes d'études de médecine visant à grossir le noyau de médecins qui travailleront en milieu rural et dans les régions éloignées;
  - en établissant un programme de services pour les régions insuffisamment desservies qui propose des mesures d'encouragement aux médecins exerçant dans ces régions;
  - en augmentant le nombre de places dans les écoles de médecine de la province afin qu'elles puissent former plus de médecins, particulièrement des médecins de famille;
  - en promettant de doubler le nombre de places dans les programmes de formation pour les infirmiers praticiens et les infirmières praticiennes d'ici 2008.
- **Réorganiser ou multiplier les modes de prestation des services de soins primaires, dont :**
  - des cabinets collectifs de médecins des soins primaires offrant plus d'heures de services;
  - des équipes Santé familiale multidisciplinaires regroupant des médecins, des infirmiers praticiens et des infirmières praticiennes, ainsi que d'autres professionnels de la santé en mesure de dispenser des soins et d'aider à réduire les temps d'attente. Ces équipes multidisciplinaires amélioreront l'accès aux services de santé de routine et fourniront des services de promotion de la santé et de prévention.
- **Financer deux services de télétriage :**
  - Télésanté Ontario est un service téléphonique gratuit de soins de santé et personnels qui donne aux Ontariens et aux Ontariennes l'accès à des renseignements et des conseils en matière de santé, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Le personnel infirmier présente aux personnes qui appellent les meilleurs choix qui s'offrent à elles (p. ex., se soigner elles-mêmes à la maison, consulter leur médecin de famille, contacter un service communautaire ou se rendre au service des urgences local). Le ministère évalue actuellement l'effet que produit Télésanté Ontario sur l'accès des Ontariens et des Ontariennes à des renseignements adéquats et sur leur utilisation des autres services de santé. Vous trouverez plus de renseignements sur Télésanté Ontario dans la section 3, sous la rubrique « Satisfaction des patients à l'égard des services téléphoniques de santé ».
  - Le Service téléphonique d'aide médicale (STAM) est un service intégré de télétriage offert en dehors des heures normales aux patients inscrits auprès de certains groupes de soins primaires. En plus des renseignements et conseils en matière de santé offerts par Télésanté Ontario, le STAM assure l'accès à un médecin de garde au sein de chaque groupe de soins primaires qu'il sert. Il envoie également un rapport au médecin de chaque personne qui utilise ce service téléphonique.

2.2 Ont-ils un accès facile aux services de soins communautaires?

Tour d'horizon

Un certain nombre de services de santé essentiels sont actuellement offerts en dehors des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée – dans des centres de santé communautaire, des cliniques de soins ambulatoires, et à domicile. Ces services de soins communautaires aident à améliorer la santé des personnes et à réduire la nécessité de recourir aux services plus coûteux que dispensent les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Le présent rapport examine l'accès des Ontariens et des Ontariennes à trois services de soins communautaires :

- les soins à domicile;
- les soins ambulatoires;
- les médicaments d'ordonnance.

2.2.1 Utilisent-ils les services de soins à domicile?

Tour d'horizon

Les services de soins à domicile – notamment les soins infirmiers, la réadaptation fonctionnelle et l'aide aux activités quotidiennes telles que le bain, l'habillage et la toilette – forment une partie essentielle du système de santé de l'Ontario. Ces services sont dispensés :

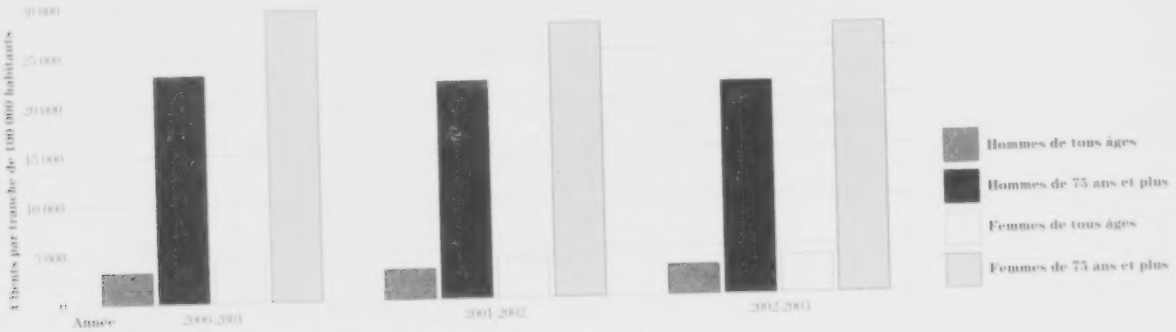
- aux personnes nécessitant des soins de longue durée ou aux malades chroniques qui sont limités par une maladie ou une invalidité, afin qu'ils puissent continuer à vivre chez eux sans devoir être hospitalisés ou placés en établissement de soins de longue durée;
- aux personnes qui requièrent des soins de courte durée ou des soins actifs à la suite d'une opération, afin d'abréger leur séjour à l'hôpital.

Les principaux usagers des services à domicile sont les personnes de 75 ans et plus.

Tendances de l'accès aux services de soins à domicile en Ontario

Moins d'Ontariens et d'Ontariennes ont reçu des services de soins à domicile financés par les deniers publics en 2002-2003 (3 407 pour 100 000 habitants) qu'en 2000-2001 (3 718 pour 100 000 habitants). Parmi les 75 ans et plus, le nombre de personnes bénéficiant de soins à domicile au cours de ces années a baissé, passant de 27 092 sur 100 000 à 25 091 sur 100 000 dans ce groupe d'âge. Si l'on tient compte que la population de l'Ontario et le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus ont augmenté durant cette période, cette tendance peut indiquer que les Ontariens et les Ontariennes trouvent plus difficile d'obtenir des services de soins à domicile et que l'accès à ces services ne s'améliore pas. Lorsque les clients sont incapables d'accéder aux services de soins à domicile, ils peuvent se voir contraints d'utiliser des services plus coûteux, comme les services des urgences et d'autres services offerts par les hôpitaux ou autres établissements de santé.

Personnes de tous âges et celles de 75 ans et plus ayant reçu des soins à domicile, selon le sexe, Ontario, de 2000-2001 à 2002-2003



Source : *Système ontarien d'administration des soins à domicile (SOASD).*
Nota : Les données concernant les hommes et les femmes de tous âges représentent le nombre de clients pour 100 000 **hommes et femmes, respectivement, au sein de la population visée**, alors que les données concernant les hommes et les femmes âgés de 75 ans et plus représentent le nombre de clients pour 100 000 **hommes et femmes, respectivement, âgés de 75 ans et plus**.

Facteurs influençant l'accès aux services de soins à domicile en Ontario

La baisse du nombre de clients bénéficiant de services de soins à domicile en 2002-2003 peut être liée aux contraintes budgétaires qui auraient éventuellement gêné l'accès à ces services.

Quelles mesures l'Ontario prend-il pour améliorer l'accès aux services de soins à domicile?

L'Ontario est déterminé à prévenir les hospitalisations inutiles et à raccourcir les séjours à l'hôpital en augmentant les services de santé offerts au sein de la collectivité, notamment les soins à domicile. Afin d'accroître la capacité des services de soins à domicile, le gouvernement :

- **augmente le financement des centres d'accès aux soins communautaires (CASC)**. L'Ontario possède un réseau de 42 CASC qui servent de point d'accès unique aux services de soins à domicile, aux établissements de soins de longue durée et à d'autres services offerts dans les collectivités qu'ils desservent. Grâce à l'augmentation de leur financement, les CASC pourront augmenter les services de soins à domicile actifs et de courte durée ainsi que les services de soins à domicile de longue durée aux malades chroniques, élaborer une stratégie globale de soins de fin de vie et améliorer les services dans ce domaine;

- **investira 29,2 millions de dollars, en 2004-2005, dans les services de soutien communautaire et le logement avec services de soutien**. Ce financement servira à améliorer les services communautaires clés tels que les programmes de repas livrés à domicile, le transport, les services d'auxiliaires, les services d'aides familiales et les soutiens aux aidants naturels.

2.2.2 Utilisent-ils les services de soins ambulatoires?

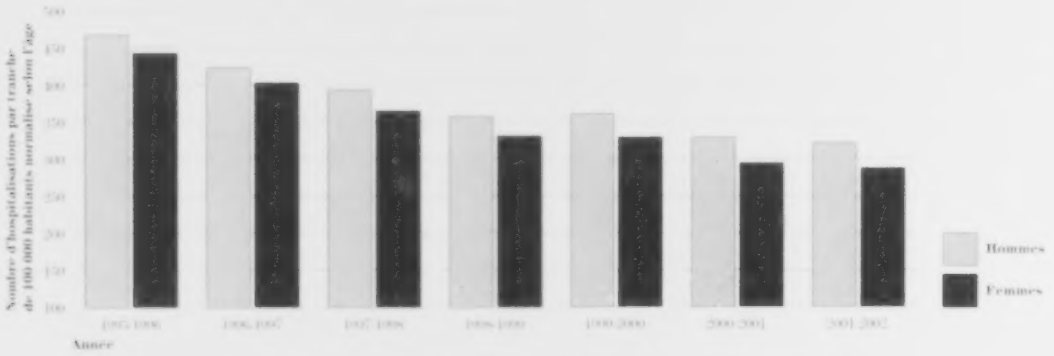
Tour d'horizon

Lorsque les personnes ayant des problèmes de santé chroniques – comme le diabète, l'asthme, l'hypertension, la dépendance à l'alcool et la dépression – peuvent obtenir des services en temps opportun dans leur collectivité, leur santé s'améliore et elles risquent moins d'avoir besoin de services hospitaliers coûteux. Pour déterminer si les Ontariens et les Ontariennes reçoivent des services communautaires ou ambulatoires efficaces, l'Ontario contrôle le nombre d'hospitalisations liées à des « conditions propices au traitement ambulatoire ».

Tendances de l'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire

Comme l'illustre le diagramme suivant, les taux d'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire ont diminué de façon constante, passant de 456 personnes sur 100 000 en 1995-1996 à 304 sur 100 000 en 2001-2002.

Taux d'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire entre 1995-1996 et 2001-2002, Ontario



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Recensement.

Facteurs influençant l'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire
La baisse spectaculaire du nombre de personnes hospitalisées pour des affections qui peuvent être traitées dans les services communautaires est essentiellement attribuable aux sommes que le gouvernement investit pour accroître le nombre et l'éventail de services communautaires ainsi que leur qualité. C'est grâce à cela qu'il est désormais possible de dispenser à l'échelon communautaire des soins qui autrefois n'étaient disponibles qu'en milieu hospitalier.

Quelles mesures l'Ontario prend-il pour améliorer l'accès aux soins ambulatoires?
L'Ontario a reconnu le rôle vital des services de soins communautaires dans l'amélioration de la santé et la gestion des coûts liés aux soins. Afin d'améliorer l'accès aux services de soins ambulatoires, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a pris un certain nombre d'initiatives, notamment :

- le **Plan d'action contre l'asthme**, un projet mené conjointement par le ministère lui-même, l'Ontario Hospital Association, l'Ontario Lung Association et d'autres intervenants de l'extérieur afin d'améliorer les soutiens communautaires de traitement et de prévention offerts aux personnes asthmatiques dans l'ensemble de la province;
- le **Programme de lutte contre le diabète**, une série de mesures destinées à fournir des services communautaires efficaces dans toutes les régions de la province (se reporter à la rubrique 4.4 pour une description plus détaillée de ce programme);
- le **programme élargi des services communautaires en santé mentale**, notamment des services accrus d'intervention en situation d'urgence, de gestion de cas, de traitement communautaire et d'intervention précoce – autant de mesures grâce auxquelles les personnes atteintes de graves maladies mentales pourront plus facilement prendre leur vie en main, devenir des éléments productifs de la société, éviter l'admission à l'hôpital et jouir d'une meilleure qualité de vie.

2.2.3 Le coût des médicaments prescrits influence-t-il l'accès à ces médicaments pour les Ontariens et les Ontariennes?

Tour d'horizon

Les médicaments ou produits pharmaceutiques prescrits aux Ontariens et aux Ontariennes leur permettent dans une large mesure de maîtriser la maladie chez eux ou au sein de leur collectivité et, ainsi, d'éviter l'hospitalisation.

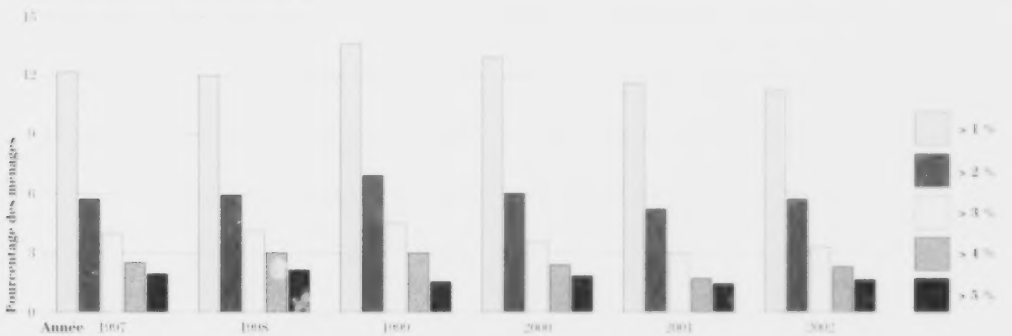
La capacité à obtenir les médicaments dont ils ont besoin peut varier selon le cadre dans lequel ils se font soigner. Par exemple, en vertu des règlements qui régissent le système de santé de l'Ontario, les Ontariens et les Ontariennes traités à l'hôpital reçoivent gratuitement les médicaments qui leur sont prescrits, tandis que les personnes traitées en milieu communautaire paient leurs médicaments elles-mêmes ou obtiennent leur prise en charge par une assurance privée ou un programme de médicaments public. Pour bien des gens, la transition d'un plus vaste éventail de soins vers le milieu communautaire entraîne des coûts de médicaments plus élevés. Si ces coûts augmentent trop, certaines personnes risquent de cesser de prendre leurs médicaments ou de ne pas prendre la dose requise. Ceci pourrait augmenter les problèmes de santé et le besoin de fournir des traitements plus chers, tels des soins en milieu hospitalier.

Afin de déterminer si le coût des médicaments qui leur sont prescrits finit par empêcher les gens d'obtenir les soins nécessaires, le gouvernement a examiné la part du revenu du ménage que les Ontariens et les Ontariennes consacrent à l'achat de médicaments.

Tendances des dépenses en médicaments prescrits

En 2002, 57,9 % des ménages ontariens ont utilisé une partie de leur revenu annuel net d'impôt pour acheter des médicaments d'ordonnance. La part du revenu annuel net d'impôt que les ménages ontariens ont consacrée à l'achat de médicaments se présente comme suit : plus de 1 % pour 11,3 % des ménages; plus de 2 % pour 5,7 % des ménages; plus de 3 % pour 3,3 % des ménages et plus de 4 % pour 2,3 % des ménages. Seulement 1,6 % des ménages ont consacré plus de 5 % de leur revenu annuel net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits (voir la note concernant la prudence recommandée dans l'utilisation du diagramme). Ces taux de dépenses sont demeurés sensiblement les mêmes au cours des six dernières années.

Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits et supérieures à un pour cent du revenu net d'impôt, 1997-2002



Source : *Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002.*

Nota : Statistique Canada recommande la prudence dans l'utilisation des données présentées sous la rubrique > 5 % pour les années 1999 à 2002 et sous la rubrique > 4 % pour 2001.

Le faible nombre de ménages dépensant plus de 4 % ou 5 % de leur revenu annuel net d'impôt en médicaments indique qu'en Ontario relativement peu de ménages éprouvent des difficultés financières attribuables au coût des médicaments.

Facteurs influençant les dépenses en médicaments et l'accès aux médicaments prescrits
Le montant relativement faible que les ménages consacrent aux médicaments qui leur sont prescrits s'explique par la couverture complète des médicaments par les programmes publics et privés disponibles en Ontario.

Quelles mesures l'Ontario prend-il pour empêcher les coûts d'influencer l'accès aux médicaments prescrits?
L'Ontario offre un certain nombre de régimes d'assurance provinciaux qui aident à couvrir le coût des médicaments. En 2003-2004, ces programmes ont pris en charge plus de 3 600 produits médicamenteux et les prestations offertes aux Ontariens et aux Ontariennes à ce titre ont atteint une valeur de 2,8 milliards de dollars. Les personnes admissibles à ces programmes doivent généralement payer une petite partie (la quote-part) du coût de leurs médicaments. Ces programmes sont notamment :

- Le **Programme de médicaments de l'Ontario**, qui fournit des prestations de médicaments aux personnes âgées résidant dans la collectivité, aux prestataires de l'aide sociale, aux pensionnaires d'établissements de soins de longue durée et de foyers de soins spéciaux, ainsi qu'aux personnes bénéficiant de services dans le cadre du Programme de soins à domicile. Les personnes âgées à faible revenu et d'autres prestataires paient une quote-part maximum de 2 $ par ordonnance. Les personnes âgées ayant un revenu annuel égal ou supérieur à un certain montant (16 018 $ pour une personne âgée seule; 24 175 $ pour un couple de personnes âgées) paient une franchise annuelle de 100 $ par personne avant d'être admissibles à la couverture de leurs médicaments et une quote-part de 6,11 $ par ordonnance.
- Le **Programme de médicaments Trillium**. Ce programme aide les Ontariens et les Ontariennes qui ont des coûts de médicaments élevés (par rapport à leur revenu) mais qui ne sont pas admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario et qui n'ont pas d'assurance-médicaments adéquate. Les patients et leur famille paient une franchise annuelle calculée en fonction du revenu combiné du ménage et du nombre de personnes dans la famille, ainsi qu'une quote-part de 2 $ par ordonnance.
- Le **Programme de médicaments spéciaux**, qui prend entièrement en charge certains médicaments coûteux (p. ex., l'érythropoïétine pour les personnes ayant une insuffisance rénale terminale, une sélection de médicaments pour le traitement de la fibrose kystique et certains médicaments contre le VIH/SIDA) pour les personnes traitées dans la collectivité. Ces médicaments sont gratuits pour les patients admissibles au Programme.

2.3 Combien de temps attendent-ils pour recevoir des services de soins de santé spécialisés?

Les personnes qui ont une maladie grave, comme le cancer ou une maladie du cœur, veulent obtenir un diagnostic et un traitement dans les meilleurs délais. Si important qu'il soit de recevoir des soins en temps voulu, les Ontariens et les Ontariennes doivent parfois attendre pour bénéficier de certains services de santé spécialisés. Le principal défi réside dans la gestion des temps d'attente afin qu'ils n'aient pas de répercussions néfastes sur leur santé. Pour gérer les temps d'attente, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit comprendre combien de temps il faut attendre pour recevoir certains services et combien de temps on peut se permettre d'attendre, selon la gravité de la situation, sans courir de danger. Des recherches sur ce sujet sont en cours.

Le présent rapport décrit ce que nous savons actuellement des temps d'attente pour les services de santé essentiels suivants :

- les pontages aortocoronariens;
- la radiothérapie en cas de cancer du sein et de cancer de la prostate;
- les services diagnostiques non urgents.

2.3.1 Combien de temps attendent-ils pour subir un pontage aortocoronarien?

Tour d'horizon

Le pontage aortocoronarien – ou pontage coronarien – est une opération à cœur ouvert pratiquée sur des patients présentant une coronaropathie avancée. La coronaropathie est causée par l'oblitération des artères qui irriguent et oxygènent le muscle cardiaque[14]. Durant le pontage aortocoronarien, un greffon veineux ou artériel prélevé sur une autre partie du corps est implanté ou suturé sur l'artère obstruée, ce qui permet au flux sanguin de contourner le blocage et de restaurer l'oxygène dans le muscle cardiaque. Cette intervention est extrêmement efficace pour soulager les symptômes de coronaropathie et d'angine[15].

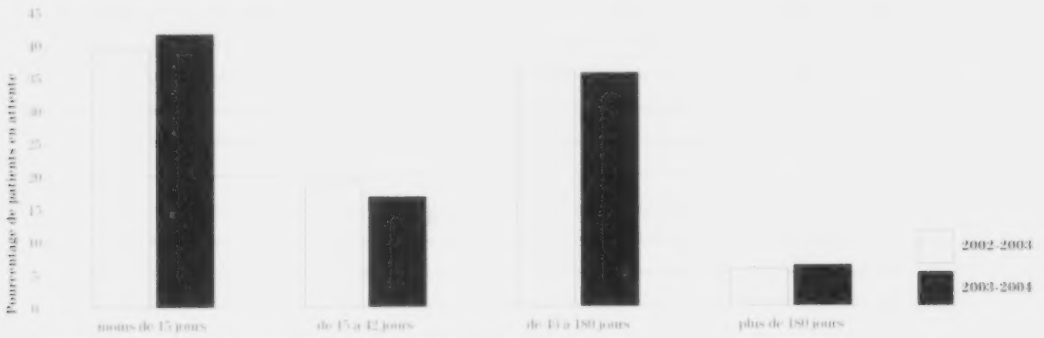
Le Réseau ontarien de soins cardiaques, un organisme consultatif du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, exploite un registre de soins cardiaques et surveille le temps que les personnes âgées de 20 ans et plus attendent pour subir un pontage. Le contrôle du temps d'attente pour une intervention cardiaque est essentiel pour que le système de santé de l'Ontario continue à fournir un accès opportun à cette opération cruciale. Les patients qui doivent attendre trop longtemps une opération du cœur courent un risque plus élevé de crise cardiaque et de décès. De plus, la prolongation du temps d'attente augmente l'angoisse des patients, diminue leur productivité et mine leur qualité de vie[16].

Tendances des temps d'attente pour un pontage aortocoronarien

En 2003-2004, le temps d'attente médian pour un pontage aortocoronarien était de 25 jours – un jour de moins qu'en 2002-2003. Entre 2002-2003 et 2003-2004, le temps d'attente médian pour les femmes s'est maintenu à 20 jours, alors que le temps d'attente médian pour les hommes a diminué de deux jours, passant de 29 à 27 jours.

[14] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, www.SantéOntario.com, *Pontage coronarien*, août 2004.
[15] Ibid.
[16] K. Sykora, P. Slaughter, W. Young, D. Garlin et C.D. Naylor, *Waiting Lists for Cardiac Surgery*, Cardiovascular Health and Services in Ontario. An ICES Atlas, Institut de recherche en services de santé, 1999, p. 240.

Distribution des temps d'attente pour un pontage aortocoronarien en Ontario - 2002-2003 et 2003-2004 (adultes âgés de 20 ans et plus)



Source : *Réseau ontarien de soins cardiaques.*

Selon le Réseau ontarien de soins cardiaques, parmi les Ontariens et les Ontariennes qui ont dû subir un pontage aortocoronarien en 2003-2004 :

- un plus grand pourcentage (41,6 %) ont subi cette chirurgie dans un délai de 15 jours – une augmentation de 2,4 % par rapport à 2002-2003;
- le pourcentage de patients devant attendre de 15 à 42 jours pour une chirurgie – de 19,2 % auparavant et de 16,7 % à l'heure actuelle – a diminué de 2,5 % (cette baisse peut s'expliquer par la proportion plus importante de personnes opérées dans un délai de moins de 15 jours);
- il y a eu une baisse négligeable du pourcentage d'Ontariens et d'Ontariennes devant attendre de 43 à 180 jours pour être opérés (de 35,9 % à 35,5 %);
- le pourcentage de personnes devant attendre plus de 180 jours pour subir l'opération a augmenté légèrement, passant de 5,6 % à 6,1 %.

La réduction du temps d'attente médian et l'augmentation du nombre de patients bénéficiant d'un pontage aortocoronarien dans un délai de 15 jours sont des tendances positives.

Facteurs influençant le temps d'attente pour une chirurgie cardiaque en Ontario
Les facteurs contribuant au temps d'attente pour un pontage aortocoronarien englobent : la demande accrue en services, les changements dans les pratiques médicales et la concurrence avec les autres chirurgies urgentes pour lesquelles on se dispute également des ressources hospitalières limitées, par exemple le temps disponible en salle d'opération et le personnel infirmier du bloc opératoire.

Quelles mesures l'Ontario prend-il afin de gérer les temps d'attente pour un pontage aortocoronarien?
L'Ontario arrivera bientôt au terme d'une stratégie d'élargissement des soins cardiaques étalée sur six ans qui a d'ores et déjà amélioré l'accès à certains services de cardiologie. De plus, le gouvernement de l'Ontario :

- a fait de l'accès aux soins cardiaques une priorité essentielle et promis la réalisation de 36 000 nouvelles interventions cardiaques d'ici 2007-2008[6];
- travaille pour augmenter le nombre d'inscriptions dans les programmes de médecine et de sciences infirmières et multiplie les possibilités offertes aux professionnels de la santé formés à l'étranger;
- travaille avec l'Ontario Medical Association et le Council of Ontario Faculties of Medicine pour veiller à ce que l'Ontario forme le type de spécialistes qu'il faut pour répondre aux besoins de la population en matière de santé.

2.3.2 Combien de temps attendent-ils la radiothérapie en cas de cancer du sein ou de la prostate?

Tour d'horizon
En 2004, les types de cancers les plus souvent diagnostiqués au Canada demeureront le cancer du sein pour les femmes et le cancer de la prostate pour les hommes. La Société canadienne du cancer estime qu'en 2004, il y aura 21 400 nouveaux cas de cancer du sein et 20 100 nouveaux cas de cancer de la prostate au Canada[7]. Pour circonscrire le cancer et améliorer le bien-être des patients, les personnes chez lesquelles un cancer a été diagnostiqué doivent avoir un accès opportun au traitement de cette maladie.

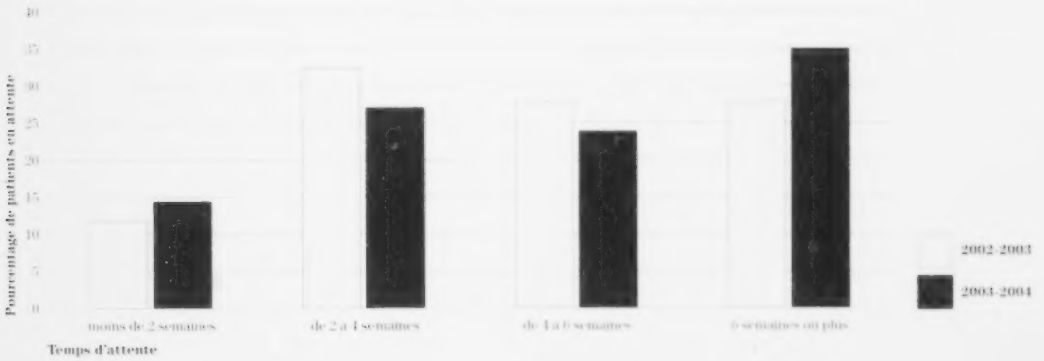
Action Cancer Ontario (ACO), principal conseiller du gouvernement de l'Ontario pour les questions concernant le cancer chez les adultes, assure la collecte, la surveillance et l'analyse des données sur les soins aux cancéreux dans la province. ACO contrôle le temps d'attente pour la radiothérapie en mesurant et le temps d'attente médian pour ce traitement, et la proportion d'adultes qui attendent un nombre de semaines donné avant de l'obtenir. Les personnes atteintes de cancer devant généralement être opérées ou terminer leur chimiothérapie avant d'entreprendre la radiothérapie, ACO mesure le temps d'attente comme étant le nombre médian de semaines qui s'écoulent entre la première rencontre du patient avec son radio-oncologue (c'est-à-dire lorsque le patient est jugé « prêt » pour la radiothérapie) et la date à laquelle le patient a sa première séance de radiothérapie. ACO se penche actuellement sur cette définition car elle inclut le temps requis pour les activités à réaliser avant que le patient ne puisse être adressé vraiment vers un service de radiothérapie ou obtenir une date pour ce traitement, notamment les examens d'imagerie et la mise au point du plan de radiothérapie.

[6] Gouvernement de l'Ontario, Budget de l'Ontario, 2004.
[7] www.cancer.ca, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Société canadienne du cancer, août 2004.

Tendances des temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer du sein
En 2003-2004 :

- la moitié des Ontariennes atteintes d'un cancer du sein ont attendu 4,6 semaines ou moins pour la radiothérapie visant à traiter un cancer du sein, une augmentation de 0,5 semaine par rapport à 2002-2003 (4,1 semaines);
- la proportion de patientes atteintes d'un cancer du sein ayant bénéficié d'une radiothérapie en moins de 2 semaines (14,3 %) a été plus élevée que l'année précédente (11,8 %);
- la proportion de patientes atteintes d'un cancer du sein ayant attendu de 2 à 4 semaines pour la radiothérapie et celle des patientes ayant attendu de 4 à 6 semaines ont diminué par rapport à 2002-2003 (passant de 32,5 % à 27 % et de 27,9 % à 23,8 % respectivement);
- la proportion de patientes devant attendre 6 semaines ou plus a augmenté pour atteindre 34,9 %.

Distribution des temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer du sein, en Ontario - 2002-2003 et 2003-2004 (adultes âgés de 18 ans et plus)



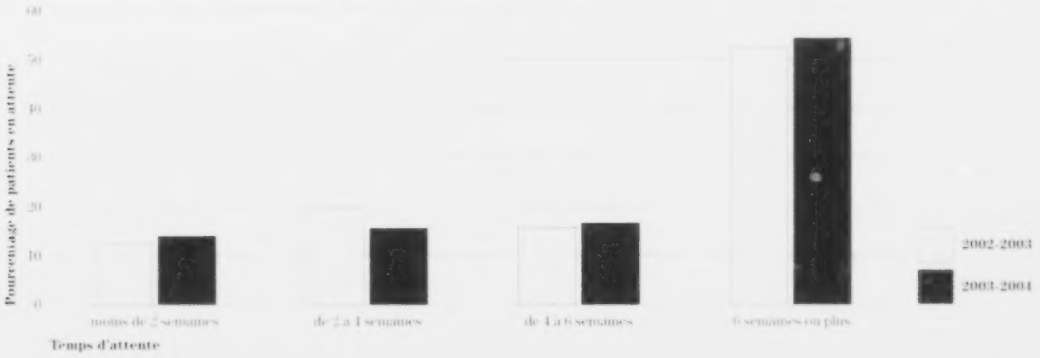
Source : *Action Cancer Ontario.*

Tendances des temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate en Ontario

En 2003-2004 :

- la moitié des Ontariens atteints du cancer de la prostate ont attendu au plus 6,6 semaines pour la radiothérapie – une augmentation par rapport à une attente maximum de 6,3 semaines en 2002-2003;
- la proportion de patients ayant bénéficié d'une radiothérapie en moins de 2 semaines (13,8 %) a été plus élevée que l'année précédente;
- la proportion de patients ayant attendu entre 2 et 4 semaines a baissé à 15,4 %;
- la proportion de patients ayant attendu de 4 à 6 semaines (16,5 %) et celle des patients ayant attendu 6 semaines ou plus (54,3 %) ont toutes deux augmenté.

Distribution des temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate, en Ontario, 2002-2003 et 2003-2004 (adultes âgés de 18 ans et plus)



Source : *Action Cancer Ontario.*

Facteurs influençant le temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer du sein et de cancer de la prostate

Une gamme de facteurs influencent le temps d'attente pour la radiothérapie, notamment : le nombre de nouveaux cas, les pratiques thérapeutiques, la disponibilité des ressources humaines en santé et de l'équipement médical, dont l'acces au matériel d'imagerie diagnostique (tomodensitomètres [TDM], appareils d'imagerie par résonance magnétique [IRM]) pour la stadification de la maladie et la planification du traitement.

En 2003-2004, l'un des principaux facteurs ayant contribué à prolonger le temps d'attente pour la radiothérapie en Ontario a été l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS, qui a restreint l'accès à de nombreux services dispensés dans les hôpitaux entre mars et juillet 2003. En raison de l'épidémie de SRAS, deux établissements de Toronto fournissant une grande partie des services de radiothérapie pour la province ont dû reporter des traitements.

Quelles mesures l'Ontario prend-il afin de réduire le temps d'attente pour la radiothérapie?

Le gouvernement de l'Ontario a promis de réduire le temps d'attente pour cinq services essentiels, notamment certains services aux personnes cancéreuses[15]. Afin de respecter cet engagement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

- a élaboré une stratégie visant à améliorer l'accès opportun à des soins adéquats pour les personnes atteintes d'un cancer;
- a planifié de former plus de physiciens spécialisés en cancérologie et de radiothérapeutes;
- examine des méthodes permettant d'utiliser de manière plus efficace les compétences des technologues en radiation médicale et d'intensifier leur rôle au sein de l'équipe soignante;
- continue à appuyer le réaménagement, la modernisation et l'expansion des services de radiothérapie dans l'ensemble de la province.

2.3.3. Combien de temps attendent-ils pour recevoir des services diagnostiques?

Tour d'horizon

Les personnes qui présentent les symptômes d'une maladie doivent avoir un accès rapide à des services diagnostiques. Lorsqu'ils sont réalisés adéquatement, les tests diagnostiques médicaux peuvent, d'une part, aider le système de santé à assurer le dépistage et un traitement précoces des maladies et, d'autre part, améliorer la santé et la qualité de vie. Lorsque les gens doivent attendre trop longtemps des tests diagnostiques, ils deviennent plus angoissés. Ils s'exposent également au risque de voir leur état s'aggraver et nécessiter un traitement plus intensif et plus coûteux.

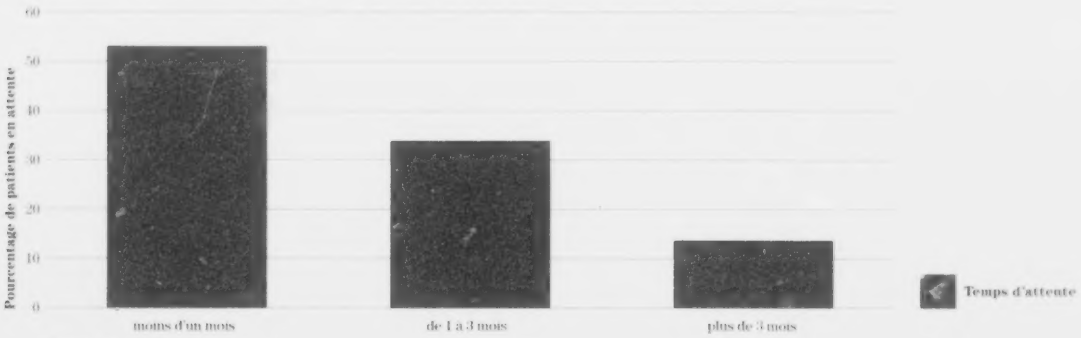
Pour déterminer combien de temps les Ontariens et les Ontariennes doivent attendre pour bénéficier de tests diagnostiques, on a demandé à des patients âgés de 15 ans et plus combien de semaines ils avaient attendu entre la date à laquelle ils ont été adressés à des services diagnostiques et celle à laquelle ils ont reçu ces services. Les temps d'attente déclarés ne concernent que des services non urgents d'imagerie par résonance magnétique (IRM), de tomodensitométrie et d'angiographie.

[15] Gouvernement de l'Ontario. Budget de l'Ontario, 2004.

Tendances des temps d'attente autodéclarés pour les services diagnostiques

En 2002-2003, les Ontariens et les Ontariennes ont déclaré un temps d'attente médian de trois semaines pour subir un test diagnostique. Plus de la moitié (52,9 %) ont reçu leur service diagnostique en moins d'un mois, 33,7 % ont attendu d'un mois à trois mois et 13,5 % (voir la note dans le diagramme) ont attendu plus de trois mois pour subir un test diagnostique non urgent.

Distribution autodéclarée des temps d'attente pour des tests diagnostiques en Ontario - 2003



Source : *Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé 2003.*
Nota : Statistique Canada recommande de faire preuve de prudence dans l'utilisation des données présentées sous la rubrique « plus de 3 mois ».

Facteurs influençant le temps d'attente pour les services diagnostiques

De nombreux facteurs influencent le temps d'attente pour les services diagnostiques, notamment : les pratiques suivies par les médecins pour commander les tests, l'application de technologies nouvelles, les espérances des patients ainsi que la disponibilité du matériel diagnostique et des technologues ou radiologistes qui font fonctionner l'équipement et interprètent les résultats des tests.

Cet indicateur étant basé sur les perceptions des patients (c.-à-d. les données autodéclarées), les résultats peuvent également varier selon les tests dont les gens croient avoir besoin et le temps qu'ils estiment devoir attendre pour les passer.

Quelles mesures l'Ontario prend-il afin de réduire le temps d'attente pour les services diagnostiques ?

Réduire le temps d'attente pour les services essentiels est l'une des priorités du gouvernement de l'Ontario[15]. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a lancé plusieurs initiatives nouvelles afin d'améliorer l'accès aux services diagnostiques, notamment :

- créer une stratégie visant à réduire le temps d'attente dans cinq domaines cliniques essentiels;
- augmenter les services d'IRM par le truchement de neuf nouveaux centres offrant ces services;
- utiliser le Fonds pour l'acquisition du matériel médical afin de fournir des fonds aux hôpitaux pour l'achat d'équipement destiné au traitement médical et d'appareils d'imagerie diagnostique tels que tomodensitomètres, mammographes, échographes et appareils de radiographie;
- travailler avec les hôpitaux pour examiner des façons innovatrices d'établir les priorités, d'organiser le calendrier des tests et de faire une utilisation efficace de ressources diagnostiques peu nombreuses;
- travailler avec les fournisseurs pour recueillir des renseignements pouvant servir à améliorer les politiques et la planification.

[15] Gouvernement de l'Ontario. Budget de l'Ontario, 2004.

3. Les Ontariens et les Ontariennes sont-ils satisfaits des soins qu'ils reçoivent?

L'Ontario est déterminé à améliorer sans cesse la qualité des soins de santé qu'il fournit. La qualité des soins peut être définie comme la mesure dans laquelle les services de santé pour les personnes et les populations augmentent les chances d'obtenir les résultats souhaités sur le plan de la santé[1]. L'Ontario recueille et analyse différents types de renseignements qui, globalement, peuvent être utilisés pour évaluer l'efficacité des soins dispensés aujourd'hui et définir les services qui sont efficaces et ceux qui pourraient être améliorés.

L'une des façons de mesurer la qualité consiste à examiner ce que les patients pensent des soins qu'ils reçoivent. En 2003, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), entreprise par Statistique Canada, demandait à un groupe d'Ontariens et d'Ontariennes de plus de 15 ans s'ils étaient satisfaits des soins de santé qu'ils recevaient. Les résultats de l'enquête reflètent l'expérience directe des sujets à l'intérieur du système de santé et nous révèlent si les services que celui-ci fournit répondent à leurs attentes et en quoi ils pourraient être améliorés.

Le présent rapport décrit la satisfaction des patients à ces égards :

- les services de soins de santé dans l'ensemble;
- les soins communautaires;
- les services téléphoniques de santé;
- les soins hospitaliers;
- les soins de médecins.

3.1 Sont-ils satisfaits de l'ensemble des soins qu'ils reçoivent?

Tour d'horizon

On a demandé aux participants à l'enquête de préciser leur degré de satisfaction à l'égard de **tous** les services de soins de santé qu'ils avaient reçus au cours d'une période de 12 mois[2]. Cet indicateur donne une mesure générale de l'interaction d'une personne avec toutes les composantes du système de santé, y compris les services infirmiers, les services de médecins, les services communautaires, ainsi que la nourriture et les commodités offertes dans les établissements du système.

Satisfaction des patients à l'égard de l'ensemble des soins

Lors de l'ESCC de 2003, 85,8 % des Ontariens et des Ontariennes se sont dit très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont l'ensemble des services de soins de santé ont été fournis. Ceci représente une légère augmentation (1,1 %) de la satisfaction des patients par rapport à l'ESCC de 2001[3]. Plus d'hommes (86,7 %) que de femmes (84,9 %) se sont dit satisfaits de la façon dont l'ensemble des services de santé ont été fournis. Lorsque les réponses ont été examinées selon le groupe d'âge, les personnes âgées de 65 ans et plus – les plus nombreuses à utiliser les services de soins de santé – étaient les plus satisfaites.

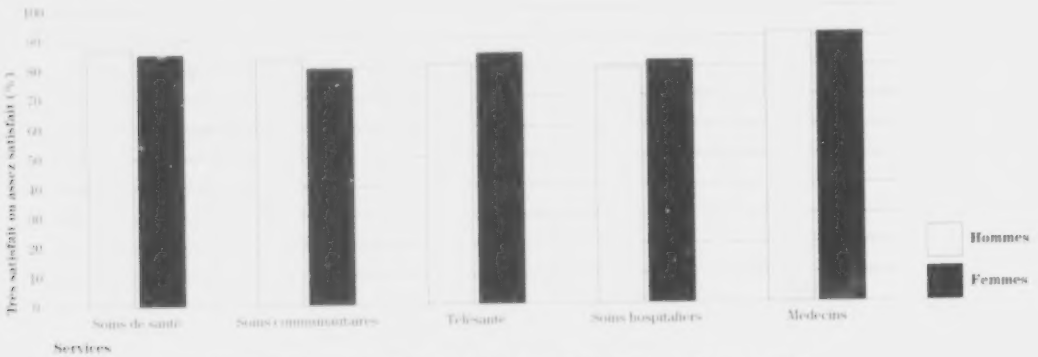
[1] Sous la direction de M.S. Donaldson, *Measuring the Quality of Health Care*, dans National Roundtable on Health Care Quality, Institute of Medicine, National Academy Press, 1999, p. 2.

[2] On a demandé aux répondants d'évaluer leur niveau de satisfaction sur une échelle de cinq degrés : très mécontent, assez mécontent, ni satisfait ni mécontent, assez satisfait, très satisfait.

[3] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario, 2002*, p. 56.

Le diagramme suivant illustre la satisfaction des patients selon le sexe à l'égard de tous les services de santé et des autres types spécifiques de services de santé abordés dans le présent chapitre.

Satisfaction des patients de 15 ans et plus à l'égard de différents types de services de santé, Ontario - 2003



Source : *Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.*

3.2 Sont-ils satisfaits des soins communautaires?

Tour d'horizon

L'ESCC de 2003 entend par soins communautaires tout service de santé reçu à l'extérieur d'un hôpital ou d'un cabinet de médecin. L'objectif des soins communautaires est d'améliorer la qualité de vie et de réduire le recours inutile aux services hospitaliers coûteux. En Ontario, la plupart des soins communautaires sont fournis dans le cadre de l'un des deux programmes suivants : les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et les services communautaires de soutien.

Cet indicateur illustre la satisfaction des patients à l'égard d'un vaste éventail de services dispensés dans la collectivité, notamment : les soins infirmiers à domicile, le counseling ou la thérapie à domicile, les soins personnels et les cliniques communautaires sans rendez-vous.

Satisfaction des patients à l'égard des soins communautaires

Selon l'enquête menée, 81,2 % des Ontariens et des Ontariennes qui ont utilisé les services étaient très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les soins communautaires ont été fournis. Ce résultat n'est que légèrement inférieur à celui observé pour l'ensemble des soins de santé. Comme pour l'ensemble des services de santé, les hommes (83,3 %) tendent à être plus satisfaits que les femmes (79,7 %) de la façon dont les soins communautaires ont été fournis. Les Ontariens et les Ontariennes âgés de 65 ans et plus – le groupe le plus susceptible d'utiliser les soins communautaires – étaient dans une très vaste proportion satisfaits (90,7 %). Ces résultats indiquent que la façon dont les services communautaires sont fournis répond largement aux besoins de leurs principaux clients.

3.3 Sont-ils satisfaits des services téléphoniques de santé?

Tour d'horizon

En Ontario, les services téléphoniques de santé sont fournis dans le cadre de deux programmes : Télésanté Ontario et le Service téléphonique d'aide médicale (STAM). Ensemble, ces services aident à améliorer l'accès à l'information en matière de santé, contribuent à l'éducation des usagers dans le domaine de la santé et aident ces derniers à prendre de meilleures décisions.

Satisfaction des patients à l'égard des services téléphoniques de santé

Selon l'ESCC de 2003, 83,6 % des Ontariens et des Ontariennes sont très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les services téléphoniques de santé ont été fournis. Les femmes se disent plus satisfaites (84,7 %) que les hommes (81,4 %) de la façon dont les services téléphoniques de santé ont été fournis. Cette différence est probablement attribuable au fait que les femmes sont celles qui utilisent le plus les services téléphoniques de santé, aussi bien pour elles-mêmes que pour leur famille.

3.4 Sont-ils satisfaits des soins hospitaliers?

Tour d'horizon

Aux fins de cet indicateur, les « soins hospitaliers » englobent l'éventail complet des services hospitaliers et illustrent le degré de satisfaction d'une personne en fonction de sa dernière consultation et ce, à tous les égards, depuis les soins dispensés par les professionnels de la santé à l'hôpital jusqu'aux repas et aux services offerts dans les chambres, en passant par les interventions et les tests.

Tendances de la satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

Selon l'enquête menée, 80,8 % des Ontariens et des Ontariennes se sont dit très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les services hospitaliers ont été fournis. Les femmes étaient légèrement plus satisfaites des services hospitaliers (81,9 %) que les hommes (79,5 %). Bien que les patients soient moins satisfaits des soins hospitaliers que des autres services de santé, leur niveau de satisfaction demeure élevé et semble augmenter entre 2001 et 2003[7].

3.5 Sont-ils satisfaits des soins de médecins?

Tour d'horizon

Cet indicateur mesure la satisfaction des patients à l'égard des services qu'ils ont reçus d'un médecin au cours de leur dernière consultation (médecin de famille ou spécialiste) à l'extérieur d'un hôpital.

Satisfaction des patients à l'égard des soins de médecins

Selon l'ESCC de 2003, 91,1 % des Ontariens et des Ontariennes se sont dit très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les services de médecins ont été fournis et il y avait peu de différence entre les hommes et les femmes. Dans ce cas également, ce sont les patients âgés de 65 ans et plus qui ont déclaré le plus haut degré de satisfaction à l'égard de la façon dont les soins de médecins sont fournis (96,8 %). Ces résultats, plus élevés que pour les autres services de santé, laissent supposer que les Ontariens et les Ontariennes sont dans une très vaste proportion satisfaits des services qu'ils reçoivent de leurs médecins.

Facteurs influençant la satisfaction des patients

[7] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, 2002, p. 57.

Bien que l'ESCC mesure la satisfaction des patients, les sujets n'ont pas à préciser pourquoi ils sont satisfaits ou mécontents des services de soins de santé reçus. D'autres recherches indiquent que les réponses des sujets de l'enquête aux questions concernant la satisfaction à l'égard des soins illustrent généralement la mesure dans laquelle les services répondent à leurs attentes[4]. Lorsque les services de soins de santé ne répondent pas à leurs attentes, les patients sont mécontents et jugent médiocre la qualité des soins qu'ils reçoivent.

Un certain nombre de facteurs peuvent influencer le degré de satisfaction des patients et leur expérience à l'égard des soins qu'ils reçoivent. Par exemple :

- les caractéristiques des patients, comme l'âge, la culture, le sexe et le niveau d'éducation, influencent leur degré de satisfaction à l'égard des services[5] (par exemple, pour la plupart des indicateurs précités, les personnes âgées de 65 ans et plus étaient généralement les plus satisfaites, alors que le groupe des 20 à 44 ans était généralement moins satisfait des services de santé reçus; cette différence pourrait être liée au fait que les attentes ne sont pas les mêmes d'une génération à l'autre);
- leur expérience personnelle – y compris le type de services reçus, la possibilité de recevoir des soins dans les meilleurs délais, la compétence des fournisseurs, la propreté des lieux et la qualité de la nourriture[6] – contribue à leur perception de la qualité des soins offerts par le système de santé.

Bien que le système de santé ne puisse pas vraiment changer les caractéristiques personnelles, (comme l'âge et la culture), qui influent sur les attentes, on peut examiner et changer les facteurs qui modifient l'expérience des gens qui reçoivent des soins, comme les modalités de prestation des services et les temps d'attente.

[4] H.K. Spence Laschinger et J. Almost, *Patient Satisfaction as a Nurse Sensitive Outcome*. Dans Nursing Sensitive Outcomes: State of the Science, 2003, p. 244.
[5] Ibid., p. 247.
[6] Ibid., p. 249.

Quelles mesures sont prises à l'intérieur du système de santé pour mesurer et améliorer la qualité?

L'Ontario participe à un certain nombre d'activités visant à améliorer la qualité des soins et à augmenter la satisfaction des patients. Par exemple :

- Le **Conseil ontarien de la qualité des services de santé**, en cours de constitution, devra préparer chaque année un rapport sur l'état du système de santé de l'Ontario afin d'aider le gouvernement à évaluer le rendement du système. L'un des principaux rôles du Conseil est de suivre les progrès du système de santé à l'égard des objectifs établis et des engagements pris en matière de santé et ainsi d'aider le gouvernement à veiller à ce que les réformes du système produisent les résultats souhaités.
- Les **rapports sur le rendement des hôpitaux** sont une série de rapports publics dans lesquels est mesuré et présenté le rendement des hôpitaux. Cette initiative indépendante, parrainée conjointement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Ontario Hospital Association (OHA), aide les hôpitaux à mieux rendre compte de leurs activités au public et fournit aux administrateurs d'hôpitaux un outil efficace pour l'amélioration de la qualité.
- Les **ententes pluriannuelles de financement et de responsabilisation des hôpitaux**, destinées à appuyer la planification à long terme et à promouvoir la qualité dans le secteur hospitalier, seront fondées sur des conventions énonçant les services que les hôpitaux doivent fournir et les cibles de rendement qu'ils doivent atteindre.
- Le **projet « soins infirmiers et résultats des soins de santé »** rassemble des données probantes sur les éléments de soins infirmiers qui influent sur les résultats en matière de santé. La définition et la collecte de renseignements sur ces résultats permettront aux organisations concernées de mieux comprendre les meilleurs moyens de structurer et de fournir les services infirmiers de façon à améliorer la qualité des soins.
- Les **centres d'accès aux soins communautaires (CASC)** doivent communiquer leurs mesures de rendement, notamment la satisfaction des clients à l'égard de leurs services.
- Les **21 ordres professionnels** qui régissent les professions de la santé réglementées en Ontario doivent veiller à ce que leurs membres dispensent leurs services de santé de manière professionnelle, compétente et éthique. Les ordres professionnels doivent : déterminer les exigences à remplir pour l'entrée dans la profession et le maintien des compétences; établir les normes d'exercice; examiner les plaintes; au besoin, imposer des mesures disciplinaires à leurs membres.

4. L'Ontario fait-il des progrès dans la prévention des affections qui peuvent être mortelles?

L'une des meilleures façons de concrétiser la vision du système de santé, en l'occurrence « *une population en meilleure santé dans un Ontario plus sain* », est de prévenir la maladie et de maintenir les gens en bonne santé à tout âge et à tous les stades de leur vie.

Hélas, trop d'Ontariens et d'Ontariennes présentent des affections et des maladies qui nuisent à leur santé, notamment le faible poids à la naissance, les maladies cardiovasculaires (maladies du coeur), les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, l'obésité et la grippe. Ces affections sont parmi les premières causes de maladie et de décès en Ontario – bien que pour la plupart elles puissent voir leur incidence réduite, décalée ou éradiquée par des changements dans le mode de vie (p. ex., l'activité physique, un régime sain, l'élimination du tabac), un dépistage et un traitement précoces et l'immunisation. De plus, le traitement de nombre de ces affections coûte très cher. En Ontario, on estime que le fardeau de la maladie (notamment les décès et l'invalidité) attribuable aux affections cardiovasculaires, respiratoires et squeletto-musculaires, au cancer, aux lésions, aux troubles du système nerveux, aux problèmes de santé mentale et aux troubles endocriniens tels que le diabète, représente 55 % du coût total des soins de santé[1].

L'Ontario fait-il des progrès dans la prévention de ces affections? Les deux prochaines sections du présent rapport décrivent :

- certaines tendances majeures de six affections que l'on peut éventuellement prévenir;
- ce qui se fait à l'intérieur du système de santé pour gérer ces maladies et aider les Ontariens et les Ontariennes à rester en bonne santé toute leur vie;
- les mesures que les gens peuvent prendre pour préserver et améliorer leur santé.

4.1 Le faible poids à la naissance

Tour d'horizon

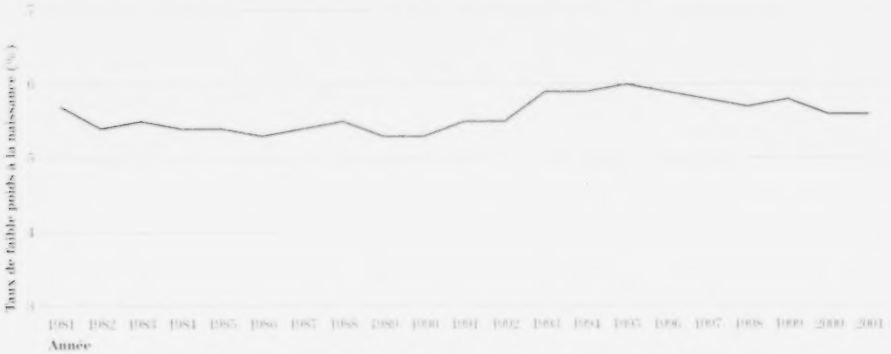
Les premières années de vie sont cruciales pour la santé et le bien-être à long terme[2]. Les enfants qui sont en bonne santé ont plus de chances d'être en bonne santé à l'âge adulte. L'un des principaux indicateurs de la santé générale des nouveau-nés est leur poids à la naissance. Les bébés qui ont un bon poids à la naissance tendent à être en bonne santé. Les bébés qui ont un faible poids à la naissance (de 500 à 2 500 grammes) risquent davantage de mourir au cours de leur première année de vie et de présenter des troubles d'apprentissage, des troubles du développement ainsi que des problèmes visuels et respiratoires.

[1] Agence de santé publique du Canada, *Fardeau Économique de la Maladie - En Ligne*, Région par composante de coût, 2002.
[2] Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens*, 2004, p. 52.

Tendances du faible poids à la naissance

En 2001, 5,6 % des bébés nés en Ontario avaient un faible poids à la naissance. Comme l'indique le diagramme suivant, le taux de faible poids à la naissance a fluctué au cours des 20 dernières années, passant de 5,3 % en 1986 à 6 % en 1995.

Taux de faible poids à la naissance (de 500 à 2 500 g) entre 1981 et 2001 en Ontario



Source : *Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances.*

Facteurs influençant le poids à la naissance

Le poids d'un bébé à la naissance peut être influencé par de nombreux facteurs, notamment[7] :

- l'état de santé général de la mère avant ou pendant la grossesse, ainsi que toute affection pouvant se manifester chez elle avant ou pendant cette période;
- le poids de la mère avant et pendant la grossesse;
- l'usage du tabac (les femmes qui fument courent un risque plus élevé d'avoir un enfant ayant un faible poids à la naissance) et l'exposition à la fumée secondaire;
- la situation financière et sociale de la mère;
- l'accouchement prématuré (plus répandu dans le cas de naissances multiples et de conception à l'aide d'un traitement inducteur de l'ovulation);
- l'accès aux soins prénatals.

Les soins prénatals peuvent procurer le soutien et l'information nécessaires pendant la grossesse. Ils permettent de conseiller les femmes et de leur offrir des tests pour le dépistage d'affections pouvant contribuer à l'insuffisance pondérale du nouveau-né et ils servent à réduire le taux de faible poids à la naissance et à augmenter le taux de survie.

[7] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, 2002, p.17.

Quelles mesures sont prises à l'intérieur du système de santé pour promouvoir la santé prénatale et réduire le taux de faible poids à la naissance?

L'Ontario a mis au point un certain nombre d'initiatives pour promouvoir une grossesse normale en améliorant la santé et la nutrition prénatales :

- l'objectif du programme de santé périnatale offert par les bureaux de santé est de réduire le taux de faible poids à la naissance à 4 % en Ontario d'ici 2010. Pour atteindre cet objectif, le programme favorise une grossesse normale en donnant des séances d'information sur les pratiques d'hygiène personnelle dans les écoles, en milieu de travail et au sein d'organismes locaux;
- le Plan ontarien de développement de la petite enfance comprend plusieurs mesures visant à favoriser une grossesse et un accouchement normaux, notamment le programme « Bébés en santé, enfants en santé », les programmes pour la famille offerts par les centres de santé communautaire, l'information et le soutien aux parents fournis dans les centres de développement de la petite enfance de l'Ontario et les programmes de traitement de la toxicomanie pour femmes enceintes;
- les programmes SAF-EAF (syndrome d'alcoolisation fœtale - effets de l'alcool sur le fœtus) et les programmes de nutrition de l'enfant fournissent des services prénatals aux femmes autochtones.

Comment les Ontariennes peuvent-elles réduire le taux de faible poids à la naissance?

Les femmes peuvent prendre un certain nombre de mesures pour être en meilleure santé pendant leur grossesse et réduire le risque de donner naissance à un bébé ayant un poids insuffisant, notamment* :

- **cesser de fumer** – les fumeuses tendent à avoir des bébés ayant un faible poids à la naissance;
- **ne pas consommer d'alcool** – boire pendant la grossesse peut nuire au fœtus;
- **ne pas prendre de médicaments** – les femmes qui prennent des médicaments d'ordonnance, des médicaments en vente libre et des remèdes naturels ou à base de plantes médicinales devraient consulter leur médecin afin de s'assurer qu'aucun de ces produits n'a d'effets secondaires néfastes sur leur grossesse ou le fœtus;
- **faire de l'exercice régulièrement** – l'exercice régulier renforce les muscles, augmente le niveau d'énergie et crée un sentiment de bien-être;
- **adopter un régime sain et équilibré** – un régime sain aide à fournir à la mère les éléments nutritifs tels que l'acide folique, le calcium et le fer dont elle a besoin pour que son bébé se développe normalement;
- **se faire suivre par un médecin** – les examens médicaux réguliers pendant la grossesse aident à assurer le développement normal du bébé et le bon déroulement de la grossesse.

* www.SantéOntario.com, *Femmes en santé : En bonne santé pour procréer*, août 2004.

4.2 La maladie cardiovasculaire

Tour d'horizon

La maladie cardiovasculaire demeure la première cause de décès et l'une des principales causes d'invalidité et de perte de qualité de vie en Ontario. Elle englobe un certain nombre d'affections touchant le cœur et le système circulatoire et représente un fardeau économique de taille pour le système de santé. On lui attribue 20 % du coût total des soins actifs dispensés en milieu hospitalier, 15 % du coût des soins à domicile, 10 % du coût des services médicaux, 17 % des frais de médicaments et elle coûte à l'Ontario environ 5,5 milliards de dollars par an[1].

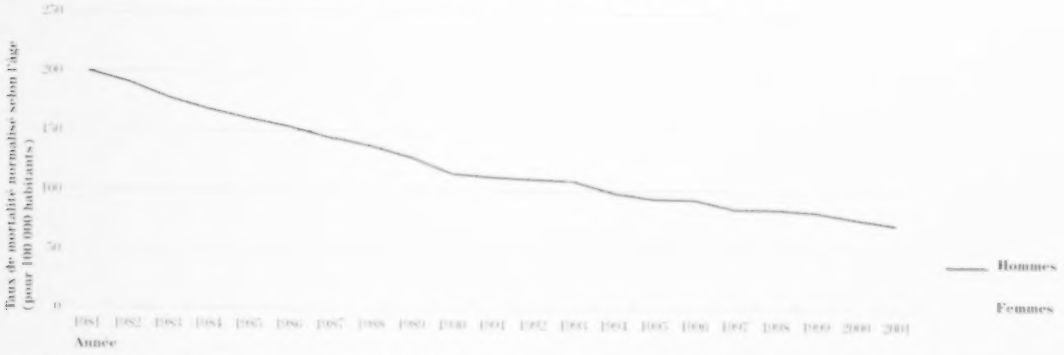
Tendances des décès attribuables aux crises cardiaques en Ontario

Les investissements de l'Ontario aident-ils à prévenir la maladie cardiovasculaire ou à réduire le nombre de décès causés par les maladies du cœur?

L'une des façons d'évaluer le progrès est d'examiner les décès liés à la maladie cardiovasculaire. Un grand nombre de décès liés à cette maladie sont causés par un infarctus aigu du myocarde (IAM)[2] (ou « crise cardiaque »), une affection qui se manifeste lorsque cesse l'irrigation du muscle cardiaque.

Comme l'indique le diagramme suivant, les taux de mortalité suivant un infarctus aigu du myocarde (ou « crise cardiaque ») ont baissé de manière continue et marquée ces 20 dernières années. Entre 1981 et 2001, en Ontario, le taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde chez les hommes a baissé, passant de 199,8 à 71,4 pour 100 000. Chez les femmes, ce taux a baissé, passant de 88,1 à 35,9 pour 100 000. (En 2001, le taux pour l'ensemble de la population était de 51,3 décès pour 100 000 habitants.) Ces diminutions constantes sont probablement le résultat de l'ensemble des facteurs suivants : les initiatives de promotion de la santé visant à réduire les comportements à risque; l'accès opportun aux services cardiaques avancés; et l'amélioration de la qualité des soins. La différence considérable entre les taux de mortalité des hommes et des femmes est probablement attribuable aux effets de protection contre la cardiopathie ischémique que les taux normaux d'œstrogènes produisent pour les femmes en période de pré-ménopause. Le taux de mortalité par maladie cardiovasculaire chez les femmes ménopausées s'approche généralement de celui des hommes[3].

Taux de mortalité suivant un infarctus aigu du myocarde en Ontario entre 1981 et 2001



Source : *Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès, et Division de la démographie, Recensement de la population canadienne de 1991.*

[1] D. Naylor et P. Slaughter, *Cardiovascular Health and Services in Ontario: An ICES Atlas*, Institut de recherche en services de santé, 1999, pp. 10, 12.
[2] Ibid. p. 7.
[3] Ibid. pp. 12-13.

Facteurs influençant le risque de maladie cardiovasculaire
La maladie cardiovasculaire est liée à un certain nombre de facteurs incontrôlables tels que l'âge, le sexe et les antécédents familiaux[4]. La maladie cardiovasculaire est également associée à certains facteurs qui peuvent être contrôlés ou changés, par exemple : un régime riche et à forte teneur en gras, en sel et en sucre transformé ou raffiné; le manque d'activité physique; l'usage du tabac, l'obésité et le stress[5]. Les initiatives efficaces de promotion de la santé et les changements dans le mode de vie qui ciblent ces facteurs ou ces comportements peuvent prévenir ou décaler le décès lié à une maladie cardiovasculaire.

Quelles mesures sont prises à l'intérieur du système de santé pour prévenir la maladie cardiovasculaire?
En 1998, l'Ontario a lancé un programme quinquennal complet de santé cardiovasculaire (le PSCV), conçu pour prévenir la maladie cardiovasculaire et améliorer la santé des personnes qui en sont déjà atteintes. Ce programme sensibilise le public aux facteurs du mode de vie associés à la maladie cardiovasculaire et l'aide à effectuer des changements positifs pour préserver sa santé.

En novembre 2002, le PSCV a été prolongé d'une seconde phase. La phase 2 du PSCV, « choix sains, vie saine », aide les collectivités à mettre en œuvre des programmes qui favorisent l'activité physique, l'alimentation saine, l'abandon du tabac et un environnement sans fumée. Le vieillissement de la population et l'augmentation prévue de l'incidence des maladies du cœur rendront d'autant plus cruciales les initiatives de promotion de la santé ciblant les facteurs de risques contrôlables au cours des années à venir.

Comment les Ontariens et les Ontariennes peuvent-ils réduire le risque de maladie cardiovasculaire?
Les Ontariens et les Ontariennes peuvent prendre un certain nombre de mesures pour réduire le risque de maladie cardiovasculaire, notamment[6] :

- **cesser de fumer**. L'abandon du tabac réduit le risque de maladie cardiovasculaire rapidement et de manière considérable;
- **adopter un régime sain**. Un régime bon pour le cœur est faible en sel et en gras mais riche en fibres, en fruits frais et en légumineuses (haricots), ainsi qu'en noix et en graines. Il est important aussi de réduire au minimum la consommation d'aliments contenant des gras saturés, d'huiles végétales partiellement hydrogénées, de fritures et les glucides raffinés (selon Santé Canada, les gras ne devraient représenter que 20 % à 35 % de l'apport énergétique total du régime alimentaire des adultes, 25 % à 35 % de celui des enfants de 4 à 18 ans, et 30 % à 40 % de celui des enfants de 1 an à 3 ans[7]);
- **rester actifs**. Faire régulièrement de l'exercice diminue le rythme cardiaque, améliore les taux de cholestérol, aide à contrôler la tension artérielle et réduit le risque de crise cardiaque. Les personnes qui n'ont jamais été actives ou qui ont des problèmes médicaux devraient consulter un médecin avant d'entreprendre un programme d'exercice;
- **contrôler leur poids**. Le maintien d'un poids sain peut réduire le risque de maladie cardiovasculaire;
- **contrôler leur niveau de stress**. La gestion du stress aide à contrôler la tension artérielle et réduit les taux hormonaux qui peuvent augmenter le risque de crise cardiaque;
- **surveiller leur taux de cholestérol**. Les hommes âgés de 40 à 70 ans et les femmes âgées de 50 à 70 ans qui n'ont pas de maladie du cœur ni d'antécédents de taux élevé de cholesterol devraient faire contrôler leur cholestérolémie tous les cinq ans.

[4] Fondation des maladies du cœur du Canada, *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, 2000, pp. 23-24.
[5] D. Naylor et P. Slaughter, *Cardiovascular Health and Services in Ontario: An ICES Atlas*. Institut de recherche en services de santé, 1999, pp. 64-66.
[6] www.SantéOntario.com, *Maladies coronariennes*, août 2004, pp. 2-3.
[7] Gouvernement du Canada, Santé Canada, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition. *Recommandations sur la nutrition pour les Canadiens et les Canadiennes - Ébauche de la recommandation sur les lipides*, mai 2004.

4.3 L'accident vasculaire cérébral

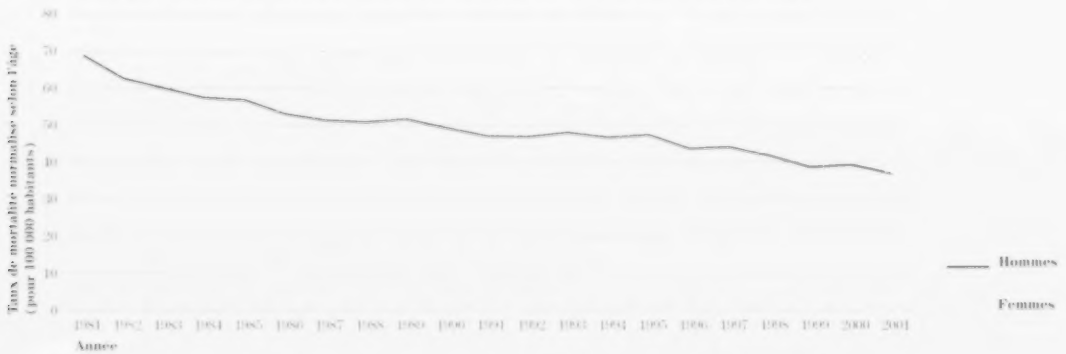
Tour d'horizon

Un accident vasculaire cérébral (AVC) est la perte subite de certaines fonctions cérébrales causée par l'interruption de l'irrigation du cerveau (*accident ischémique cérébral*) ou par la rupture de vaisseaux sanguins dans le cerveau (*attaque d'apoplexie hémorragique*). L'accident vasculaire cérébral est l'une des premières causes de décès et de troubles neurologiques en Ontario[28]. En 2000, au moins 90 000 Ontariens et Ontariennes souffraient de séquelles d'accidents vasculaires cérébraux qui, selon l'importance des lésions et selon les régions touchées dans le cerveau, peuvent inclure : une paralysie d'un côté du corps ou d'autres déficits moteurs; la perte de l'usage de la parole ou de la capacité à écrire, lire ou communiquer; des déficits sensoriels ou perceptuels; des troubles affectifs; des vertiges ou un trouble de l'élocution[29]. En Ontario, le coût économique des accidents vasculaires cérébraux est évalué à 857 millions de dollars par an[30].

Tendances des décès liés à un accident vasculaire cérébral en Ontario

L'Ontario fait-il des progrès dans la réduction du taux de mortalité et d'invalidité lié aux accidents vasculaires cérébraux? Au cours des 20 dernières années, l'Ontario a vu une diminution importante du taux de mortalité par accident vasculaire cérébral. Chez les femmes, le taux de mortalité par accident vasculaire cérébral a baissé, passant de 54,3 pour 100 000 en 1981 à 31,9 pour 100 000 en 2001. Au cours de la même période, ce taux a diminué également chez les hommes, passant de 69 pour 100 000 à 36,9 pour 100 000. (En 2001, le taux global de mortalité attribuable à un accident vasculaire cérébral en Ontario était de 34 pour 100 000 habitants.) La diminution des taux de mortalité par accident vasculaire cérébral peut s'expliquer par l'efficacité des initiatives de promotion de la santé visant à contrôler l'hypertension et par les améliorations réalisées dans les soins d'urgence et les soins intensifs.

Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral en Ontario entre 1981 et 2001



Source : *Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès, et Division de la démographie, Recensement de la population canadienne de 1991.*

[28] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Vers une stratégie intégrée de prévention des accidents cérébrovasculaires pour l'Ontario*, Rapport du Groupe de travail mixte sur la stratégie de prévention des accidents cérébrovasculaires, 2000, p. 9.

[29] Ibid. p. 2.

[30] Ibid. p. 9.

Au cours des 10 à 15 prochaines années on s'attend à ce que la population de l'Ontario vieillisse considérablement et que le nombre de personnes subissant des accidents vasculaires cérébraux augmentera[11].

Facteurs influençant le risque d'accident vasculaire cérébral
L'accident vasculaire cérébral est une maladie très facile à prévenir. La modification du mode de vie, comme l'abandon du tabac, l'accroissement de l'activité physique et un régime alimentaire sain, peut réduire considérablement le nombre d'Ontariens et d'Ontariennes présentant un risque d'accident vasculaire cérébral. En fait, les traitements préventifs, comme les médicaments qui diminuent la tension artérielle ou « éclaircissent » le sang et la chirurgie, pourraient réduire de moitié le nombre d'accidents vasculaires cérébraux chez les personnes à risque élevé[12].

Quelles mesures sont prises à l'intérieur du système de santé pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux?
L'Ontario finance un certain nombre d'initiatives visant à réduire la prévalence des accidents vasculaires cérébraux et à améliorer les soins offerts aux victimes de cette maladie en Ontario, entre autres :

- la **Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux**, mise en place en 2000, vise à améliorer les services aux victimes d'accidents vasculaires cérébraux dans l'ensemble du continuum des soins, depuis les programmes de prévention aux soins communautaires et aux soins de longue durée. En 2004, elle compte neuf centres régionaux de traitement des AVC, deux centres de district spécialisés, 18 centres de district et 19 cliniques de prévention secondaire;
- le **programme obligatoire de prévention des maladies chroniques**, offert par l'entremise des 37 conseils de santé de l'Ontario. Ce programme utilise des stratégies telles que des campagnes de sensibilisation communautaire, des coalitions communautaires et des lignes téléphoniques pour diffuser des conseils permettant d'éliminer les facteurs qui accroissent le risque d'accident vasculaire cérébral, notamment l'hypertension et l'usage du tabac.

Comment les Ontariens et les Ontariennes peuvent-ils réduire le risque d'accident vasculaire cérébral?
Les Ontariens et les Ontariennes peuvent prendre certaines mesures pour aider à réduire le risque d'accident vasculaire cérébral, notamment[13] :

- **cesser de fumer**. Fumer augmente l'incidence des accidents vasculaires cérébraux;
- **être actifs**. L'inactivité physique est un facteur qui accroît le risque d'accident vasculaire cérébral. En faisant chaque jour 60 minutes d'activité physique légère ou 30 minutes d'activité physique modérée, on peut réduire considérablement le risque d'accident vasculaire cérébral.

4.4 Le diabète

Tour d'horizon
On souffre de diabète lorsqu'on n'utilise pas adéquatement l'insuline ou lorsqu'on n'en produit pas. L'insuline prend le *glucose*, un sucre simple qui provient des aliments, et le fait passer du sang aux cellules de l'organisme pour y produire de l'énergie. Lorsque la quantité d'insuline est insuffisante, ou que les cellules ne réagissent pas adéquatement à l'insuline, la glycémie ou le taux de sucre dans le sang est trop élevé et les cellules n'ont pas l'énergie nécessaire, ce qui entraîne les symptômes du diabète[14].

[11] Fondation des maladies du coeur du Canada, *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, 2000, p. 24.
[12] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Vers une stratégie intégrée de prévention des accidents cérébrovasculaires pour l'Ontario*. Rapport du Groupe de travail mixte sur la stratégie de prévention des accidents cérébrovasculaires, 2000, p. 2.
[13] Fondation des maladies du coeur du Canada, *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, 2000, pp. 25-28.
[14] www.SantéOntario.com, *Le diabète : description*, août 2004.

Il existe deux formes principales de diabète :

- le diabète de type 1, autrefois appelé diabète juvénile, se manifeste habituellement chez les sujets de moins de 30 ans. Les personnes qui en sont atteintes ont besoin d'injections d'insuline pour équilibrer les concentrations de glucose dans leur sang;
- le diabète de type 2, autrefois appelé diabète non insulino-dépendant, se manifeste habituellement chez les sujets de plus de 40 ans. Les personnes qui en sont atteintes ont ordinairement des antécédents familiaux de cette maladie et ont très souvent une surcharge pondérale.

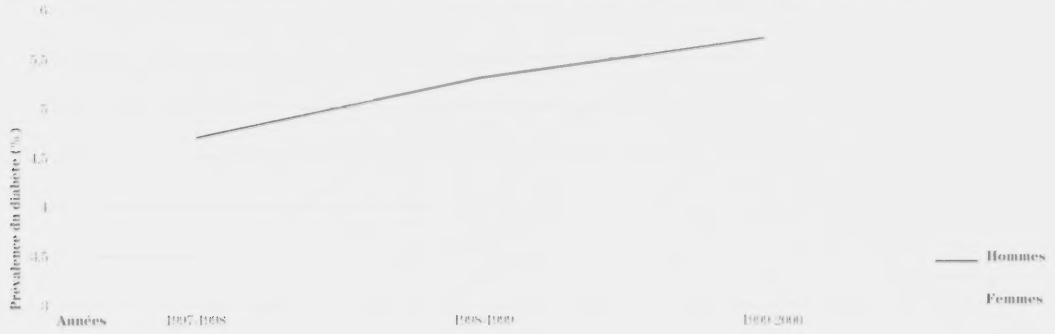
Plus de 90 % des diabétiques ont le diabète de type 2; moins de 10 % ont celui de type 1.

Ces formes de diabète constituent toutes deux des affections chroniques pouvant mener à des problèmes de santé plus graves, comme une maladie du cœur, la cécité et une maladie du rein. Les adultes plus âgés qui souffrent de diabète courent un risque deux fois plus élevé d'avoir de l'hypertension que les personnes qui n'en souffrent pas. En outre, les diabétiques sont 11 fois plus susceptibles de subir une amputation du pied et d'autres membres inférieurs en raison de problèmes circulatoires. Le diabète est un très lourd fardeau pour les personnes qui en souffrent et pour le système de santé, qui s'occupe du traitement de cette affection et de sa prise en charge[15].

Prévalence du diabète en Ontario

Entre 1997 et 2000, la prévalence globale du diabète chez les Ontariens et les Ontariennes âgés de 20 ans et plus a augmenté, passant de 4,5 % à 5,4 %. Chez les hommes, l'incidence du diabète a augmenté, passant de 4,7 % à 5,7 %; chez les femmes, elle a également augmenté, passant de 4,3 % à 5,2 %. Le diabète est plus répandu chez les hommes que chez les femmes; les causes de ce phénomène font actuellement l'objet d'une étude.

Prévalence du diabète chez la population de 20 ans et plus, en Ontario entre 1997-1998 et 1999-2000



Source : *Santé Canada (2003), Relever le défi posé par le diabète au Canada, Premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD), Ottawa.*

[15] www.SantéOntario.com, *Le diabète : description*, août 2004.

Facteurs influençant le risque de diabète

Bien que les facteurs génétiques jouent un rôle considérable dans l'apparition du diabète de type 1 et, dans une moins large mesure, dans l'apparition du diabète de type 2, un certain nombre de comportements modifiables du mode de vie peuvent accroître le risque de diabète de type 2, notamment : l'obésité, le manque d'activité physique et une mauvaise alimentation[16]. L'augmentation récente de l'incidence du diabète est en grande partie attribuable au vieillissement de la population, aux taux croissants d'obésité, à l'occidentalisation de nos habitudes alimentaires et au nombre plus grand de personnes menant une vie sédentaire[17].

Quelles mesures sont prises à l'intérieur du système de santé pour prévenir le diabète?

Des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent réduire la prévalence du diabète de type 2. Le diabète est l'une des priorités stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, lequel a pris des engagements financiers importants à l'égard de la prévention, du dépistage et du traitement précoce de cette maladie. Les initiatives ontariennes de prévention et de traitement du diabète sont notamment :

- le **Réseau des services de santé aux diabétiques du Nord**, fondé en 1992 pour améliorer l'accès aux programmes locaux de traitement du diabète dans le Nord de l'Ontario. Le Réseau veille à ce qu'un modèle de soins accessible, fondé sur des données probantes et normalisé, soit en place dans le Nord de l'Ontario;
- l'**Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Sud de l'Ontario**, lancée en 1994. Ce programme a été créé pour élaborer et mettre en œuvre des programmes et des services liés au traitement du diabète pour les Autochtones du Sud de l'Ontario;
- la **Stratégie de prévention des complications du diabète**, mise au point en 1996 pour réduire et prévenir les complications liées au diabète;
- le **réseau des programmes ontariens de traitement du diabète infantile** (administré par le Réseau des services de santé aux diabétiques du Nord), qui compte 34 programmes spécialisés de traitement du diabète assurant des services aux enfants et aux jeunes diabétiques.

De plus, l'Ontario a lancé le plan de prévention primaire, inspiré du cadre de travail provincial pour la prévention primaire du diabète et du plan d'action s'y rattachant. Cette initiative, qui propose des façons d'encourager les gens à devenir plus actifs, à adopter des habitudes alimentaires plus saines et à créer des milieux propices à ces activités, s'articule autour de programmes scolaires qui favorisent l'établissement de communautés scolaires saines et actives. Les conseils locaux de santé reçoivent également un financement de la province de l'Ontario et des municipalités locales pour appuyer les activités visant à promouvoir la santé et les modes de vie sains, y compris une bonne alimentation, l'activité physique et la prévention du tabagisme.

Comment les Ontariens et les Ontariennes peuvent-ils réduire le risque de diabète?

Les Ontariens et les Ontariennes peuvent prendre plusieurs mesures pour réduire le risque de diabète, notamment[18] :

- **être actifs**. L'inactivité physique est un facteur qui augmente de beaucoup le risque de diabète de type 2. En augmentant l'activité physique, on réduit considérablement le risque de diabète de type 2;
- **contrôler leur poids**. L'obésité peut accroître considérablement le risque de diabète. À vrai dire, l'obésité est le plus important facteur de risque modifiable qui soit associé au diabète. Les personnes qui ont une surcharge pondérale devraient consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé pour se renseigner sur les moyens sûrs et efficaces de perdre du poids.

[16] D.G. Manuel et S.E. Schultz, *Diabetes Health Status and Risk Factors*, dans Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas, Institut de recherche en services de santé, 2003, p. 87.
[17] J.E. Hux, G.L. Booth, P.M. Slaughter et A. Laupacis, *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*, 2003, p. xix.
[18] D.G. Manuel et S.E. Schultz, *Diabetes Health Status and Risk Factors*, dans Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas, Institut de recherche en services de santé, 2003, pp 86-88.

4.5 L'obésité

Tour d'horizon

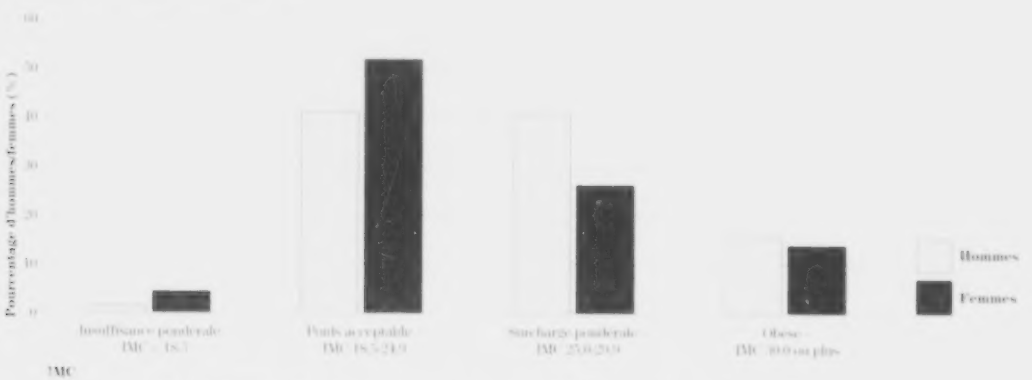
L'obésité est un facteur de risque majeur pour un certain nombre de maladies chroniques graves, dont les maladies du cœur, l'accident vasculaire cérébral, le diabète et certaines formes de cancer. L'indice de masse corporelle (IMC) est la méthode la plus couramment employée pour déterminer si le poids d'un adulte est normal. (Nota : L'IMC n'est pas un indicateur de surcharge pondérale ou d'obésité approprié pour les personnes de moins de 18 ans ou les femmes enceintes.)

Pour calculer l'IMC, il faut diviser le poids en kilogrammes d'une personne par sa taille en mètres élevée au carré. Un IMC de 18,5 à 24,9 est considéré comme acceptable. Les personnes ayant un IMC de 25 ou plus sont considérées comme ayant une surcharge pondérale; celles ayant un IMC de 30 ou plus sont considérées comme obèses[1].

L'obésité en Ontario

En Ontario, en 2003, 2,7 % des sujets ayant participé à l'enquête avaient un IMC inférieur à 18,5 (insuffisance pondérale), 46,5 % avaient un IMC se situant entre 18,5 et 24,9 (poids normal), 33,3 % avaient un IMC se situant entre 25 et 29,9 (excès de poids), et 14,8 % avaient un IMC de 30 ou plus (obèses). Au cours de la même année, un plus grand pourcentage d'hommes que de femmes avaient un excès de poids ou étaient obèses. En 2003, environ 56,9 % des Ontariens et 39,7 % des Ontariennes avaient un IMC de 25 ou plus et avaient un risque plus élevé de maladie ou d'invalidité en raison de leur poids. Environ 16 % des Ontariens et 13,7 % des Ontariennes étaient obèses (c.-à-d. qu'ils avaient un IMC de 30 ou plus), ce qui les expose à un plus grand risque de présenter des maladies chroniques graves.

Indice de masse corporelle (IMC) chez les hommes et les femmes de 18 ans et plus, en Ontario - 2003 (excluant les femmes enceintes)



Source : *Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.*

[1] Santé Canada, *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, 2003, p. 3.

Le poids d'une personne est souvent le résultat d'un ensemble d'éléments : les caractéristiques personnelles, le milieu de vie et le mode de vie. Les facteurs qui contribuent au poids d'une personne comprennent : les caractéristiques personnelles (génétique, race, sexe, âge); le mode de vie (habitudes alimentaires, consommation d'alcool, activité physique, stress, temps consacré à la télévision ou à l'ordinateur); et les conditions environnementales (accès facile à des aliments à forte teneur en gras ou très calorifiques, milieu de travail de plus en plus sédentaire, collectivités n'offrant pas suffisamment de possibilités d'activité physique). Il y a de nombreuses démarches que les gens peuvent faire pour mieux gérer leur poids[7].

Quelles mesures sont prises à l'intérieur du système de santé pour prévenir la surcharge pondérale et l'obésité?

Le gouvernement de l'Ontario s'inquiète des taux croissants d'obésité; aussi a-t-il mis sur pied un certain nombre de programmes préconisant une vie saine et favorisant une bonne nutrition et l'activité physique régulière. Par exemple :

- en vertu des **Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires**, tous les conseils de santé de l'Ontario doivent avoir en place des programmes concernant les poids normaux, l'alimentation saine, la nutrition et l'activité physique;
- le **centre de ressources en nutrition** aide à développer la capacité des nutritionnistes communautaires de l'Ontario à offrir des programmes de nutrition de qualité. Il administre également trois programmes de nutrition provinciaux : Nutri-Pas, À votre santé! et le Programme des conseillers communautaires en alimentation, ainsi que des initiatives d'alimentation saine pour les personnes âgées;
- le **centre de ressources pour l'activité physique** appuie les efforts que déploient les responsables de l'activité physique dans les bureaux de santé de l'Ontario pour mettre en œuvre des programmes d'activité physique de qualité. Le centre de ressources pour l'activité physique et le centre de ressources en nutrition font partie du Réseau des centres ontariens de ressources en promotion de la santé;
- les **programmes et stratégies de lutte contre les maladies chroniques**, tels le Programme de santé cardio-vasculaire de l'Ontario, la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux, les initiatives ontariennes de prévention et de traitement du diabète et le Plan d'action contre l'asthme, préconisent également un poids sain.

Comment les Ontariens et les Ontariennes peuvent-ils contrôler leur poids et réduire le risque d'obésité?

Les gens qui ont une surcharge pondérale ont besoin d'un programme adéquat de contrôle du poids comprenant les étapes suivantes[8] :

- **établir des objectifs réalistes et à portée de main**;
- **adopter un régime sain et équilibré**. Les régimes miracles et à la mode ne sont pas efficaces et peuvent être dangereux. Le corps a besoin d'une quantité minimum d'énergie alimentaire pour fonctionner normalement. Pour maigrir et maintenir un poids sain, il faut changer de façon définitive ses habitudes alimentaires. Les personnes qui ont une surcharge pondérale devraient demander conseil à leur médecin ou à leur diététiste pour préparer un régime sain;
- **être actifs**. L'activité physique régulière est importante dans le contrôle du poids. L'activité physique régulière ne signifie pas nécessairement s'inscrire à un centre de conditionnement physique. Elle peut être aussi simple que monter des escaliers au lieu de prendre l'ascenseur, aller au travail à pied ou en vélo ou faire une marche à midi. La clé du succès est d'incorporer l'exercice dans sa journée et de faire en sorte d'atteindre un niveau plus élevé d'activité.

[7] Institut canadien d'information sur la santé, Initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, chapitre 5 : L'obésité, 2004, p. 107.

[8] www.SanteOntario.com, *Obésité : description*, août 2004.

4.6 La grippe

Tour d'horizon

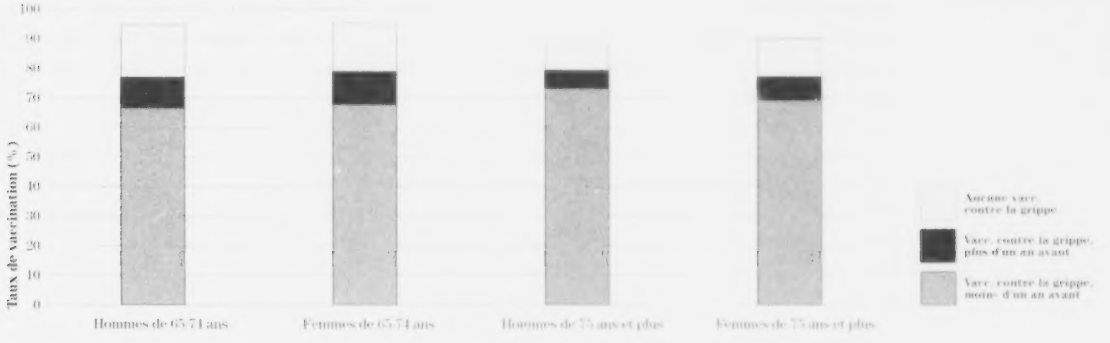
La plupart des maladies abordées dans le présent rapport sont des affections chroniques que l'on peut prévenir, mais il existe également un certain nombre de maladies transmissibles que l'on peut prévenir, par exemple la grippe. La grippe est un problème de santé grave, particulièrement pour les personnes âgées. Chaque année, un nombre considérable de personnes âgées sont hospitalisées en raison d'une grippe[1] et meurent des complications qui s'ensuivent, comme une pneumonie.

La vaccination peut empêcher l'infection ou diminuer la gravité des symptômes. Des taux plus élevés de vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus peuvent contribuer au meilleur état de santé des personnes âgées de l'Ontario, réduire de 60 % la gravité de cette maladie et de ses complications et abaisser de 70 % à 80 % le taux de décès qui y sont attribuables[2].

Taux de vaccination contre la grippe chez les adultes âgés de 65 ans et plus non institutionnalisés en Ontario

Les taux de vaccination contre la grippe sont passablement élevés chez les Ontariens et les Ontariennes âgés de 65 ans et plus. En 2003, 66,6 % des hommes âgés de 65 à 74 ans et 73,2 % de ceux âgés de 75 ans et plus avaient reçu un vaccin antigrippal moins d'un an auparavant. Au cours de la même année, 67,8 % des femmes âgées de 65 à 74 ans et 69,2 % de celles âgées de 75 ans et plus avaient reçu un vaccin antigrippal moins d'un an auparavant. Dans l'ensemble, en 2003, 68,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient reçu un vaccin antigrippal moins d'un an auparavant.

Taux de vaccination contre la grippe des hommes et des femmes âgés de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus en Ontario en 2003



Source : *Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.*

[1] K.L. Nichol et coll., *Influenza Vaccination and Reduction in Hospitalizations for Cardiac Disease and Stroke among the Elderly*, dans le New England Journal of Medicine, 2003, vol. 348, p. 1323.

[2] Organisation mondiale de la Santé, *La grippe*, Aide-mémoire n° 211, révisé mars 2003, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/fr/index.html.

Facteurs influençant les taux de vaccination

Le principal facteur contribuant au taux élevé de vaccination en Ontario est le Programme universel de vaccination contre la grippe, qui offre gratuitement le vaccin antigrippal à toute la population ontarienne. Les taux de vaccination ont également augmenté par suite des efforts déployés par les bureaux de santé pour promouvoir l'immunisation et augmenter la sensibilisation au programme et à ses avantages.

Quelles mesures sont prises à l'intérieur du système de santé pour prévenir la grippe?

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario maintient son engagement envers le Programme universel de vaccination contre la grippe. Compte tenu de la demande accrue en vaccins antigrippaux pendant la saison 2003-2004, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a commandé 5,5 millions de doses de vaccins pour la saison 2004-2005 et il peut s'en procurer de 300 000 à 500 000 de plus, au besoin. De plus, une campagne médiatique ciblée est prévue pour augmenter les taux de vaccination des personnes âgées et des individus qui peuvent leur transmettre ce virus très contagieux, par exemple les travailleurs et les travailleuses de la santé.

Comment les Ontariens et les Ontariennes peuvent-ils réduire le risque et prévenir la propagation de la grippe?

En plus de promouvoir l'immunisation, l'Ontario a mis sur pied une importante campagne d'éducation visant à renseigner le public sur les mesures à prendre pour prévenir la propagation de la grippe. Pendant la saison grippale, il est conseillé [1] :

- de se faire vacciner;
- de se laver les mains souvent;
- de se couvrir la bouche lorsqu'on tousse;
- de rester chez soi lorsqu'on est malade afin de ne pas exposer son entourage au virus.

[1] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Preventing Respiratory Illnesses In Community Settings: Guidelines for Infection Control and Surveillance for Febrile Respiratory Illness (FRI) in Community Settings in Non-Outbreak Conditions*, mars 2004.

5. Les Ontariens et les Ontariennes prennent-ils davantage leur santé en main?

Le système de santé peut faire beaucoup pour aider à réduire l'incidence des maladies chroniques et transmissibles et réaliser la vision d'« une population en meilleure santé dans un Ontario plus sain », mais les Ontariens et les Ontariennes jouent aussi un rôle clé et sont des partenaires à part entière dans leur santé et les soins qu'ils reçoivent. En prenant leur santé en main et en faisant des choix sains, ils peuvent prévenir, décaler ou éviter nombre de maladies chroniques et transmissibles.

Certes la plupart des gens savent que le fait de ne pas fumer, d'être actifs et de s'en tenir à un régime sain peut les aider à prévenir des maladies graves. Seulement, mettent-ils ces connaissances en pratique? Le présent chapitre examine deux éléments clés du mode de vie qui influent sur la santé :

- l'activité physique;
- et l'usage du tabac.

5.1 L'activité physique

Tour d'horizon

Les personnes actives jouissent d'un certain nombre d'avantages sur le plan de la santé, notamment :

- une meilleure santé et une meilleure forme physique;
- des muscles et des os plus solides;
- une meilleure posture et un meilleur équilibre;
- de meilleures chances de pouvoir continuer à vivre de manière autonome;
- une meilleure estime de soi;
- la maîtrise de leur poids;
- plus d'énergie;
- un sentiment de relaxation et moins de stress[55].

Inversement, le manque d'activité physique accroît le risque de maladies diverses. Au Canada, le manque d'activité physique cause environ : 36 % des coronaropathies; 27 % des cas d'ostéoporose; 20 % des accidents vasculaires cérébraux et des cas d'hypertension et de diabète de type 2; et 11 % des cancers du sein[56]. Il entraîne également des coûts pour le système de santé. Les chercheurs estiment qu'une augmentation de 10 % de la proportion de Canadiens et Canadiennes s'adonnant à l'activité physique ferait épargner quelque 150 millions de dollars chaque année en soins de santé[57].

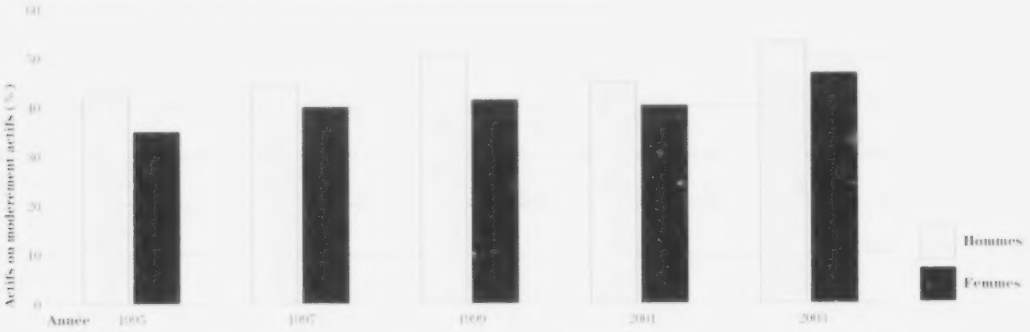
[55] Gouvernement du Canada, Santé Canada, *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*, 1998.
[56] P.T. Katzmarzyk, N. Gledhill et R.J. Shephard, *The Economic Burden of Physical Inactivity on Canada*, dans le Canadian Medical Association Journal, 2000, p. 1437.
[57] Ibid, p. 1435.

L'activité physique en Ontario

Au cours des neuf dernières années, les Ontariens et les Ontariennes ont augmenté leur activité physique. En 1995, chez les plus de 12 ans, seulement 42,6 % des hommes et 35 % des femmes se sont dit actifs ou modérément actifs; en 2003, ces proportions avaient grimpé respectivement à 53,2 % chez les hommes et à 46,8 % chez les femmes[7].

En 2003, pour l'ensemble de la population : 26,1 % des gens se sont dit physiquement actifs; 23,9 % se sont dit modérément actifs physiquement; et 47,3 % se sont dit physiquement inactifs.

Hommes et femmes de 12 ans et plus physiquement actifs ou modérément actifs, en Ontario



Source : *Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2000-2001; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1998-1999.*

Bien que l'accroissement de l'activité physique chez les Ontariens et les Ontariennes soit prometteur, en 2003 une proportion considérable d'hommes (43,7 %) et de femmes (50,7 %) couraient un risque plus élevé de maladie chronique et de mort prématurée en raison de leur inactivité physique. Il reste encore beaucoup à faire pour encourager les Ontariens et les Ontariennes de tous âges à être plus actifs.

Quelles mesures l'Ontario prend-il pour promouvoir l'activité physique?

Le gouvernement de l'Ontario reconnaît l'importance de l'activité physique dans l'amélioration de la santé et de la qualité de vie; aussi a-t-il pris un certain nombre d'initiatives pour la promouvoir :

- le gouvernement de l'Ontario a financé l'Ontario Physical and Health Education Association (OPHEA ou association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario) pour élaborer et mettre en œuvre l'initiative **Active Schools**, qui aide à promouvoir l'activité physique en milieu scolaire;
- le **Curriculum and School-Based Health Resource Centre** s'occupe de l'inactivité physique et d'autres facteurs de risque pour la santé dans les écoles élémentaires et secondaires de l'Ontario;
- le **centre de ressources pour l'activité physique** fournit des renseignements et un soutien technique aux bureaux de santé publique;

[7] Le lecteur est invité à la prudence dans l'interprétation de l'évolution à long terme de cet indicateur, compte tenu d'un changement dans la méthode de collecte des données.

- un certain nombre de programmes de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé, tels le Programme de santé cardio-vasculaire de l'Ontario, la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux, le Plan d'action contre l'asthme et les initiatives ontariennes de prévention et de traitement du diabète, veillent de près à promouvoir l'activité physique;
- l'Ontario investit 5 millions de dollars par an dans **Vie active 2010 : une nouvelle stratégie globale visant à accroître la participation aux sports et à l'activité physique en Ontario** qui est reliée à la Politique canadienne du sport et à la stratégie nationale en matière de vie saine.

Comment les Ontariens et les Ontariennes peuvent-ils augmenter leur activité physique?
Le citoyen moyen devrait accumuler 60 minutes d'activité physique chaque jour pour maintenir ou améliorer son état de santé. La plupart des gens peuvent facilement y arriver en intégrant l'activité physique dans leur quotidien[9]. Pour de plus amples renseignements sur les façons d'augmenter votre niveau d'activité physique, adressez-vous à votre professionnel de la santé ou consultez le *Guide d'activité physique* de Santé Canada. Selon le Guide, la période d'activité physique nécessaire dépend de l'effort que cette activité exige.

5.2 L'usage du tabac

Tour d'horizon
Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée estime que, chaque année, 16 000 Ontariens et Ontariennes meurent prématurément des effets du tabac. L'usage du tabac entraîne annuellement plus de 500 000 jours d'hospitalisation[10], il est l'une des premières causes d'accidents vasculaires cérébraux, de cancer du poumon et de maladies pulmonaires chroniques, et il accroît le risque de nombreux types de cancers et autres troubles médicaux. De plus, il coûte cher au système de santé : l'Ontario consacre plus de 1 milliard de dollars par an au traitement de maladies causées par l'usage du tabac[11].

Le meilleur moyen d'alléger le fardeau que l'usage du tabac fait peser sur la population et le système de santé est d'empêcher les gens de commencer à fumer.

Taux de tabagisme chez les adolescents et adolescentes de l'Ontario
Au cours des sept dernières années, le nombre d'adolescents et adolescentes qui fument a diminué considérablement en Ontario. En 1996, chez les 12 à 19 ans, 13,4 % des adolescents et 11,1 % des adolescentes se sont déclaré fumeurs quotidiens, tandis que 18,4 % des adolescents et 15,4 % des adolescentes se sont déclaré fumeurs quotidiens actuels ou fumeurs occasionnels. En 2003, seulement 8,1 % des adolescents et 7,6 % des adolescentes ont dit fumer tous les jours, tandis que 13,6 % des adolescents et 13,6 % des adolescentes ont dit fumer tous les jours ou à l'occasion. En 2003, en Ontario, 7,9 % des jeunes de 12 à 19 ans ont dit fumer tous les jours et 13,6 % ont dit fumer tous les jours ou à l'occasion.

[9] Gouvernement du Canada, Santé Canada, *Pourquoi faut-il faire de l'activité physique?*, www.hc-sc.gc.ca/hppb/guidecap/pourquoi.html.
[10] Ontario Medical Association, *Investing in Tobacco Control, Good Health Policy, Good Fiscal Policy*, 2003, p. i.
[11] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Comité d'experts sur la relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario, *Les actes sont plus éloquents que des mots*, 1999, p. iii.

Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 12 à 19 ans, en Ontario

Source: *Statistique Canada, Enquête canadienne sur la santé des collectivités 2000-2001 et 2003, Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 à 1998-1999.*

Cette baisse de l'usage du tabac à l'adolescence indique que les efforts déployés récemment pour empêcher les jeunes de commencer à fumer portent leurs fruits. Les taux moins élevés d'usage du tabac à l'adolescence feront probablement diminuer le nombre de fumeurs adultes. Ceci réduira ultérieurement les maladies et les décès liés à l'usage du tabac en Ontario.

Quelles mesures sont prises à l'intérieur du système de santé pour aider les adolescents et les adolescentes à faire des choix sains en ce qui concerne l'usage du tabac?

La Stratégie antitabac de l'Ontario est en place depuis 1992. La Stratégie antitabac est un programme à volets multiples qui vise la prévention de l'usage du tabac chez les enfants et les jeunes en encourageant les fumeurs à cesser de fumer et en protégeant le public des effets de la fumée secondaire. La Stratégie antitabac compte plusieurs initiatives qui ciblent les adolescents et les adolescentes, entre autres :

- **TeenNet, un programme offert sur Internet, engage la jeunesse dans la promotion de la santé au moyen d'une technologie interactive pour empêcher les jeunes de l'Ontario de commencer à fumer et pour aider ceux qui fument déjà à abandonner la cigarette;**
- **Youth Tobacco Portal : un site Web ciblant les jeunes de l'Ontario, conçu pour engager la jeunesse dans la promotion de la santé et donner accès à de la documentation sur le tabagisme;**
- **Community Youth Initiatives : une équipe de jeunes luttant contre le tabagisme, composée d'un groupe consultatif de neuf membres âgés de 14 à 18 ans (constituée en partenariat avec l'Ontario Lung Association) et insérant la perspective de la jeunesse dans l'élaboration de programmes d'abandon du tabac et de prévention du tabagisme.**

Comment les Ontariens et les Ontariennes peuvent-ils aider les adolescents et les adolescentes à faire des choix sains en ce qui concerne l'usage du tabac?

Les parents et les adultes en général peuvent faire beaucoup pour dissuader les adolescents et les adolescentes de fumer :

- **parler aux enfants des dangers de la cigarette et de ses répercussions sur la santé;**
- **ne pas fumer en leur présence[25].**

[25] Gouvernement de l'Ontario, *Parlez-en franchement*, 2003, p. 22.

Conclusion

L'Ontario est résolu à concrétiser sa vision d'« une population en meilleure santé dans un Ontario plus sain ». Le gouvernement s'efforce de donner accès à des services de santé efficaces et de grande qualité tout en optimisant l'utilisation des ressources afin d'assurer la pérennité du système de santé.

Nous avons déjà fait des progrès qui ont permis d'améliorer la santé : nous avons augmenté les services offerts dans la collectivité, réduit les temps d'attente pour certains services de santé essentiels, rehaussé le niveau de satisfaction des patients à l'égard de la façon dont les services sont fournis et réussi à prévenir ou à décaler les décès attribuables à des maladies chroniques. Nous constatons également que les Ontariens et les Ontariennes jouent un rôle plus actif dans l'amélioration et la préservation de leur santé.

En continuant à surveiller le rendement du système de santé, le ministère peut évaluer l'effet de ses initiatives sur la santé des Ontariens et des Ontariennes. Le gouvernement s'est engagé à faire de l'Ontario un endroit plus sain où vivre; aussi continuera-t-il à présenter au public des rapports sur le rendement du système de santé.

Remerciements

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée tient à remercier les organismes suivants de leur concours dans la préparation de ce rapport :

L'Institut canadien d'information sur la santé
Action Cancer Ontario
Le Réseau ontarien de soins cardiaques
Santé Canada
Statistique Canada

Équipe chargée du projet :
Sheree Davis
Ann-Marie Strapp
Domenic Della Ventura
Mini George
Carol Paul
Maureen Robinson
Barbara Sheffield
Michele Weidinger

Rédactrice : Kathryn Havercroft
Réviseure : Jean Bacon

This publication is also available in English;
for information, please call 1 877 234-4343
TTY: 1 800 387-5559

www.health.gov.on.ca

Ontario